

## Sleep Disorder Referral Form • Réquisition pour les désordres du sommeil

### PATIENT INFORMATION • INFORMATION DU PATIENT

NAME / NOM

DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE

PHONE / TÉLÉ

HEALTH CARD # / # D'ASSURANCE MALADIE

### DIAGNOSTIC • ÉVALUATION

- Level 3 sleep study with interpretation followed by APAP therapy and/or sleep medicine consultation as indicated  
Étude du sommeil de niveau 3 avec interprétation suivi de thérapie APAP et/ou une consultation du sommeil si indiquée
- Sleep medicine consultation  
Consultation du sommeil
- Level 3 sleep study with interpretation  
Étude du sommeil de niveau 3 avec interprétation
- Re-assess PAP therapy and settings  
Réévaluation de la thérapie à pression positive (PPC)

### SYMPTOMS • SYMPTÔMES

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Snoring/Ronflement | <input type="checkbox"/> Witnessed Apnea/Apnée notée    | <input type="checkbox"/> Other/Autres |
| <input type="checkbox"/> Insomnia/Insomnie  | <input type="checkbox"/> Daytime Fatigue/Fatigue diurne |                                       |
| <input type="checkbox"/> RLS/SJSR           | <input type="checkbox"/> Daytime Sleepiness/Somnolence  |                                       |

### ADDITIONAL INFORMATION OR REQUEST • INFORMATION OU DEMANDE ADDITIONNELLE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PHYSICIAN NAME OR OFFICE STAMP • NOM DU MÉDECIN OU SCEAU PROFESSIONNEL

PHYSICIAN NAME / NOM

BILLING # [OPTIONAL] / PERMIS [FACULTATIF]

TELEPHONE / TÉLÉPHONE

FAX / TÉLÉCOPIEUR

EMAIL / COURRIEL

OFFICE ADDRESS / ADRESSE

CITY / VILLE

POSTAL CODE / CODE POSTAL

PHYSICIAN NAME or OFFICE STAMP  
NOM DU MÉDECIN OU SCEAU PROFESSIONNEL

SIGNATURE

DATE

Please fax this form to 506-382-5162 • S.V.P. télécopier ce document au 506-382-5162