

**DEMANDE DE PRESCRIPTION**

## ÉTUDE DU SOMMEIL / TRAITEMENT DE L'APNÉE DU SOMMEIL PAR CPAP

NOM DU PATIENT: \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_ CELL. : \_\_\_\_\_

**ÉTUDE DE SOMMEIL EN LABORATOIRE**

- Polysomnographie complète avec EEG** en laboratoire avec protocole nuit partagée / Split night (Si un patient présentait des événements respiratoires obstructifs, un CPAP sera installé pour corriger les périodes d'apnées/hypopnées).
- Test itératif de latence à l'endormissement** (TILE / MSLT)     **Test de maintien de l'éveil** (TME / MWT)
- Titration manuelle du CPAP OU BiPAP (PPC) en laboratoire** (permet d'ajuster une pression de CPAP ou BiPAP par un inhalothérapeute en direct au laboratoire lors d'une nuit de sommeil).

**ÉTUDE DE SOMMEIL À DOMICILE**

- Polygraphie cardio-respiratoire** (Enregistrement diagnostique permettant d'évaluer la respiration: débit aérien, effort respiratoire, saturation de l'oxygène dans le sang).
- Saturométrie nocturne** (Enregistrement permettant d'étudier les mouvements des battements cardiaques, le pouls et la saturation de l'oxygène dans le sang).
- Autotitration à domicile** (permet d'ajuster une pression de CPAP ou BiPAP (PPC) adéquate à l'aide d'un appareil AutoCPAP ou AutoBiPAP à la maison).

**APPAREIL POUR L'APNÉE DU SOMMEIL**

- CPAP à pression fixe** \_\_\_\_\_ CMH2O
- CPAP automatique** min. \_\_\_\_\_ max. \_\_\_\_\_ CMH2O
- BiPAP (Bilevel)** Inspi \_\_\_\_\_ expi \_\_\_\_\_ CMH2O autres: \_\_\_\_\_

**SYMPTÔMES**

- Somnolence     Ronflements     Apnée témoignée     Insomnie     Impatience des jambes

NOTE: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_