



Chart No.
 Last name
 First Name DOB S
 Address Postal Code
 Phone no.
 Home Work
 Provincial Ins. No. Version Expiration (date)

SLEEP MEDICINE PROGRAM REQUISITION

Sleep study or consult: phone: 613-761-4636 fax: 613-761-5211
 Civic Campus: 1053 Carling Ave., Ottawa, Ontario K1Y 4E9

PLEASE COMPLETE IN FULL

PRINT name of Referring Physician

Tel. no. Fax no.

Signature of Referring Physician

Who else should be sent a copy?

Physician Office Stamp

The following information is required for all sleep study requests

- Has the patient previously had a sleep study? (Ontario only covers 1 initial test; if so, a pre-study consult is required).
 If so, WHEN AND WHERE: _____
- Is the patient's weight greater than 400 lbs/180 kg yes no

Appointment: Date: Time:

Please indicate level of request:

- Routine Protocol (to include sleep study, and if indicated by results MWT, MSLT or any therapeutic study) and/or a consultation
- Sleep Specialist consultation **ONLY** (no sleep study)-name of preferred sleep specialist, if any

- MSLT (Multiple Sleep Latency Test) MWT (Maintenance of Wakefulness Test)

Reason for referral (clinical history)

- Snoring (rule out sleep apnea) Insomnia CPAP or other specify: _____
 - Daytime sleepiness/tiredness Restless legs (periodic leg movements) Nocturnal Behaviour (sleep walking, sleep talking)
- Additional information:

Please list medications patient is currently on:

Please indicate if there are any special needs (eg.: ambulating, transferring, attendant care, interpreter)

FOR SLEEP CENTRE USE ONLY: (triage and special requests)

When checking off multiple requests, please indicate in numerical order the sequence of tests/clinic

- Routine Urgent PSG CPAP Other-Specify (Split, Bilevel, ASV etc...) _____
 - MSLT MWT Clinic Only RTC (Return to clinic)
- Special Instructions/Comments (TCCO₂, Supine vs Sides, etc.) | Note to interpreter



DEMANDE DE CONSULTATION EN MÉDECINE DU SOMMEIL

Étude du sommeil ou consultation :

téléphone : 613-761-4636 télécopieur : 613-761-5211
Campus Civic 1053 ave. Carling, Ottawa, Ontario K1Y 4E9

N° de dossier	
Nom	
Prénom	DDN S
Adresse	Code Postal
N° téléphone	
Domicile	Travail
N° d'assurance provinciale	Version Date d'expiration

<p>INSCRIRE TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS</p> <p>Nom du médecin traitant (en lettres moulées)</p> <hr/> <p>N° de tél. N° de télécopieur</p> <hr/> <p>Envoyer une copie à :</p> <hr/> <p>Signature du médecin traitant</p> <hr/> <p>L'information suivante est requise pour toutes les études de sommeil</p> <p>1 Le patient a-t-il déjà passé une étude du sommeil? (L'Ontario couvre 1 examen initial seulement; si oui, une demande de consultation préalable sera requise) Si oui, QUAND ET OÙ : _____</p> <p>2 Est-ce que le patient pèse plus de 400 lbs/180 kg <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Rendez-vous : Date : _____ Heure : _____</p> <p>Préciser le type de demande :</p> <p><input type="checkbox"/> Protocole de routine (inclut une étude du sommeil, et selon les résultats un TLME, TMÉ ou une étude thérapeutique et/ou une consultation</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec spécialiste SEULEMENT (aucune étude de sommeil) – Nommez le spécialiste, si connu _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tests des latences multiples d'endormissement (TLME) <input type="checkbox"/> Test de maintien de l'éveil (TMÉ)</p> <p>Raison de la demande (antécédents cliniques)</p> <p><input type="checkbox"/> Ronflement (s'assurer qu'il ne s'agit pas d'apnée) <input type="checkbox"/> Sommeil ou fatigue le jour <input type="checkbox"/> Insomnie</p> <p><input type="checkbox"/> CPAP ou autre, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Syndrome des jambes sans repos (mouvements périodiques)</p> <p><input type="checkbox"/> Comportement nocturne (sommambulisme ou parle dans son sommeil)</p> <p>Renseignements supplémentaires :</p> <hr/> <hr/> <p>Liste des médicaments que le patient prend présentement :</p> <hr/> <p>Indiquez s'il y a des besoins spéciaux (p. ex. aide pour marcher ou pour les transferts, soins auxiliaires, services d'un interprète)</p> <hr/> <p>À L'USAGE DE LA MÉDECINE DU SOMMEIL SEULEMENT : (triage et demandes spéciales)</p> <p>When checking off multiple requests, please indicate in numerical order the sequence of tests/clinic</p> <p><input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> PSG <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Other-Specify (Split, Bilevel, ASV etc...) _____</p> <p><input type="checkbox"/> MSLT <input type="checkbox"/> MWT <input type="checkbox"/> Clinic Only <input type="checkbox"/> RTC (Return to clinic)</p> <p>Special Instructions/Comments (TCCO₂, Supine vs Sides, etc.) Note to interpreter</p>	<p style="text-align: center;">Estampe du bureau du médecin</p>
---	--