

Hawkesbury Sleep & Diagnostic Centre

REQUISITION for SLEEP STUDY & CONSULTATION

Consultation* & Sleep Study & Titration (if required)**

Has the patient had any other sleep studies in the last 12 months? Yes No If so how many? _____

Note: Patient may be scheduled directly into the sleep lab at the discretion of the laboratory physician or assigned to first available physician.*Consultation requirements will be assessed after the results of the test. **Patient requiring a titration will be brought in for a consultation as required by ministry guidelines.

REFERRING PHYSICIAN:

Name: _____ OHIP Referral #: _____

Tel: () _____ Fax: () _____

Physician's Signature: _____ Date: (MM/DD/YR) ____/____/____

PATIENT INFORMATION:

Name: _____ D.O.B.: (MM/DD/YR) ____/____/____

Tel: () _____ Work/Cell: () _____

HIN#: _____

REASON FOR REFERRAL: PLEASE CHECK ALL THAT APPLY:

Insomnia Circadian Disorder Excessive Daytime Sleepiness Narcolepsy Shift Work Sleep Disorder

Snoring Sleep Apnea Restless Legs Syndrome Periodic Leg Movements Frequent Awakenings

Sleep Walking/Talking/Abnormal Behaviours Nightmares Pre-Surgical Assessment to R/O OSA Other _____

MEDICAL HISTORY: PLEASE CHECK ALL THAT APPLY:

HTN CAD CHF MI Diabetes Migraines/Headaches Asthma/COPD Bruxism

MVA/Accident Traumatic Brain Injury Seizure Disorder Parkinson's CVA IBS GERD Obesity

Poor Memory/Concentration Chronic Pain Fibromyalgia Chronic Fatigue Syndrome Lyme Disease

Mood Disorder Anxiety Disorder Panic Attacks OCD PTSD

CURRENT MEDICATIONS:

ALLERGIES: _____

Centre de sommeil et de diagnostic de Hawkesbury

DEMANDE D'ÉTUDE DU SOMMEIL & AIGUILLAGE

Consultation*, étude du sommeil et titrage (au besoin)**

Le patient a-t-il subi d'autres études du sommeil au cours des douze derniers mois? Oui Non Si oui, combien? _____

Remarque : Le patient peut être admis directement au laboratoire du sommeil à la discrétion du médecin du laboratoire ou être aiguillé vers le premier médecin disponible.*Les exigences en vue d'un aiguillage seront évaluées après réception des résultats du test.
**Les patients nécessitant un titrage seront appelés en consultation en vertu des lignes directrices du ministère.

MÉDECIN TRAITANT :

Nom : _____ N° facturation (ASO) : _____
Tél. : _____ Téléc. : _____
Signature : _____ Date : (MM/JJ/AA) ____/____/____

INFORMATION SUR LE PATIENT :

Nom : _____ DDN : (MM/DD/AA) ____/____/____
Tél. : _____ Travail/cell. : _____
Numéro de la carte santé : _____

RAISON DE L'AIGUILLAGE : *Cochez tout ce qui s'applique :*

- Insomnie Trouble circadien Hypersomnie Narcolepsie Travailleur de quart Ronflement
 Apnée du sommeil Syndrome des jambes sans repos Mouvements périodiques des jambes Réveils fréquents
 Somnambulisme/somniloquie/comportements anormaux Cauchemars Évaluation préchirurgicale pour exclure le SAOS
 Autre _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : *Cochez tout ce qui s'applique :*

- HTA Coronaropathie ICC Infarctus Diabète Migraines/céphalées Asthme/MPOC Bruxisme
 Accident routier Traumatisme cérébral Trouble épileptique Parkinson AVC Côlon irritable GERD
 Obésité Trouble de la mémoire/concentration Douleur chronique Fibromyalgie Syndrome de fatigue chronique
 Maladie de Lyme Trouble de l'humeur Trouble anxieux Crises de panique TOC ESPT

MÉDICAMENTS ACTUELS :

ALLERGIES: _____