

Coordonnées du patient

Sans frais : 833 766-6345 Courriel : info@clsommeil.com

Nom : _____ DDN : _____

Téléphone : _____ NAM : _____

Renseignements Cliniques

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ronflement | <input type="checkbox"/> IMC > 35 | <input type="checkbox"/> Réveils fréquents | <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes |
| <input type="checkbox"/> Apnées objectivées | <input type="checkbox"/> Polynycturie | <input type="checkbox"/> Pertes de mémoire | <input type="checkbox"/> Symptômes dépressif |
| <input type="checkbox"/> Somnolence/Fatigue | <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Palpitations cardiaques |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Céphalées Matinale | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Problème de concentration |

Polygraphie cardiorespiratoire du sommeil (PCRS)

- PCRS + protocole de prise en charge* PCRS seulement

*** Le protocole de prise en charge permettra au patient de débiter le traitement selon la recommandation du pneumologue si les critères suivants sont rencontrés :**

- IAH > 30
- IAH > 15 avec plus de deux symptômes révélateurs d'apnée du sommeil

Le patient sera pris en charge en pneumologie si les critères suivants sont rencontrés :

- IAH entre 5 et 15 avec plus de deux symptômes révélateurs d'apnée du sommeil
- Apnée associé à des comorbidité (apnée centrale, hypoxémie sévère, maladie neuromusculaire, hypertension pulmonaire, insuffisance cardiaque congestive, syndrome obésité - hypoventilation)
- Patient sous traitement avec apnées résiduelles > 10 ou échec de traitement

Le suivi et la poursuite des investigations seront laissés à la discrétion du médecin référent si PCRS est évaluée normale (IAH sous 5 événements/h)

Traitement Auto-CPAP selon la recommandation du pneumologue

P min 6 cmH₂O, P max 16 cmH₂O +/- 2cmH₂O

La thérapie CPAP est recommandée à long terme et le renouvellement du masque, tube et des accessoires sont nécessaires pour conserver un traitement efficace et confortable.

Médecin prescripteur

Nom : _____

Numéro de permis : _____

Signature du médecin: _____ Date : _____

Considéré comme une prescription valide lorsque signée par un médecin.