

### Coordonnées du patient

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 au moins deux symptômes révélateurs d'apnée du sommeil

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

- IAH < 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

Traitement Auto-CPAP selon la recommandation du pneumologue

P min 6 cmH<sub>2</sub>O, P max 16 cmH<sub>2</sub>O +/- 2cmH<sub>2</sub>O

*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.*