



Consultation médicale / Ordonnance médicale

## MÉDECINE DU SOMMEIL PÉDIATRIQUE

CUSM uniquement

Date de réception de la requête (AAAA/MM/JJ) :

N° de cell. du patient/parent :

**AFIN D'ÉVALUER L'URGENCE ET DE PRIORISER LES RENDEZ-VOUS, TOUTES LES PARTIES DE CE FORMULAIRE DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉS. LES FORMULAIRES INCOMPLÈTS SERONT RENVOYÉS.**

Courriel du patient/parent :

<input type="checkbox"/> Oxymétrie nocturne à domicile avec consultation médicale	<input type="checkbox"/> Polysomnographie avec consultation médicale	<input type="checkbox"/> Consultation médicale en cas de suspicion de trouble du sommeil
---	--	--

<input type="checkbox"/> Prochain rendez-vous	<input type="checkbox"/> Urgente (SVP, expliquer)	<input type="checkbox"/> Semi-urgente (SVP, expliquer)
---	---	--

Médecin référent (en lettres moulées):	N° de permis:	Signature:	Date: YYYY/MM/JJ
Courriel:	Téléphone:	Télécopieur:	

### Raison de la consultation

<input type="checkbox"/> R/O Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil	<input type="checkbox"/> Autre :
---	----------------------------------

NOTES :

Symptômes nocturnes	Symptômes diurnes
---------------------	-------------------

<input type="checkbox"/> ronflement ou respiration bruyante	<input type="checkbox"/> réveils fréquents/ éveils nocturnes	<input type="checkbox"/> somnolence excessive	<input type="checkbox"/> mauvaise concentration
<input type="checkbox"/> pauses respiratoires/apnée observées	<input type="checkbox"/> énurésie secondaire	<input type="checkbox"/> maux de tête le matin	<input type="checkbox"/> mauvaise performance
<input type="checkbox"/> souffle coupé/difficulté à respirer la nuit	<input type="checkbox"/> cyanose	<input type="checkbox"/> transpiration	<input type="checkbox"/> respiration par la bouche scolaire

### Autres

Description vidéo de l'enfant pendant le sommeil (si disponible) :

Condition(s) médicale(s) préexistante(s) :

Amygdalectomie +/- adénoïdectomie **prévue** ?  Non  Oui  Stéroïdes nasale  Non  Oui, depuis quand : \_\_\_\_\_

### Résultats de l'examen physique (fait par le médecin référent)

<input type="checkbox"/> Hypertrophie amygdalienne <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4+	<input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Amygdalectomie <b>précédente</b> : <input type="checkbox"/> Oui, quand : _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Hypertrophie des adénoïdes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Soupçonné <input type="checkbox"/> Inconnu		<input type="checkbox"/> Adénoïdectomie <b>précédente</b> : <input type="checkbox"/> Oui, quand : _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

À l'interne seulement (clinique du sommeil/laboratoire du sommeil)	Raison du renvoi :
--	--------------------

<input type="checkbox"/> Oximétrie nocturne à domicile: <input type="checkbox"/> R/A <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> BPAP <input type="checkbox"/> HFNC ___lpm <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> ___lpm	<input type="checkbox"/> PSG à domicile: <input type="checkbox"/> avec EEGs <input type="checkbox"/> avec PLM protocol	<input type="checkbox"/> Info démographiques manquantes
<input type="checkbox"/> PSG diagnostique	<input type="checkbox"/> PSG CardioResp: <input type="checkbox"/> avec EEGs <input type="checkbox"/> avec PLM	<input type="checkbox"/> Info cliniques manquantes
<input type="checkbox"/> PSG thérapeutique: <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> BPAP <input type="checkbox"/> HFNC ___lpm <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> ___lpm	<input type="checkbox"/> Nouvelle visite de consultation	<input type="checkbox"/> Le patient ne répond pas aux critères
	<input type="checkbox"/> MSLT <input type="checkbox"/> Actiwatch	<input type="checkbox"/> Non lisible
		<input type="checkbox"/> Renvoyé à l'extérieur du centre
		<input type="checkbox"/> Impossible de contacter la famille

Nom du médecin (en lettres moulées)	N° de permis	Signature	Date (AAAA/MM/JJ)
-------------------------------------	--------------	-----------	-------------------