



CNM08113

No dossier		
Nom, Prénom de l'utilisateur		
DDN	N° d'assurance maladie	Exp.
Adresse		
N° téléphone		
N° téléphone (autre)		

## REQUÊTE EN PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE DU SOMMEIL TEST SIMPLIFIÉ AMBULATOIRE

Veuillez envoyer cette référence au :

HSCM : 514-338-3699 ou secretariatapnee.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

HTJ et HF : 514-908-4705 ou cardio.chfleury.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

Installation désirée :  Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal  Hôpital Fleury  Hôpital Jean-Talon

Date : AAAA/MM/JJ

Allergies : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg

Intolérances : \_\_\_\_\_  Grossesse  Allaitement  Autres : \_\_\_\_\_

Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_

Délai visé :  Test urgent  < 1 mois  < 3 mois  < 6 mois  Autre : \_\_\_\_\_

C.C. au médecin traitant : \_\_\_\_\_

Comorbidités :  Arythmie  Asthme  AVC  Dépression  Diabète  
 HTA  MCAS  MPOC  Obésité morbide  Troubles cognitifs

Mobilité réduite :  Déambulateur/marchette  Fauteuil roulant  
 Mobilisation avec aide minimale  Lève-personne

Lieu :  À domicile  
 Durant l'hospitalisation (pour HSCM : télécopier au 5183699)

### Tests simplifiés

- Oxymétrie nocturne
- Avec CPAP Pression : \_\_\_\_\_ cmH<sub>2</sub>O
  - Avec O<sub>2</sub> Débit : \_\_\_\_\_ L/min
  - Avec prothèse mandibulaire
- Polygraphie cardio-respiratoire du sommeil
- Avec O<sub>2</sub> Débit : \_\_\_\_\_ L/min
  - Avec prothèse mandibulaire

#### Note au prescripteur :

*Veuillez noter que la demande de test n'inclut pas une prise en charge par un pneumologue. Si vous désirez une prise en charge, vous devez compléter le formulaire CNM08005. Pour joindre le guichet d'accès santé physique (GASP) : Téléphone : (514) 336-7212 Télécopier : (514) 495-6722 Courriel : [gasp.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gasp.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca)*

### Titration automatique (réservé aux pneumologues du CIUSSS NIM)

- Essai auto-CPAP (5-18 cmH<sub>2</sub>O et durée de 7 jours si non spécifié)
- Avec Auto-CPAP Pression minimum : \_\_\_\_\_ cmH<sub>2</sub>O Pression maximum : \_\_\_\_\_ cmH<sub>2</sub>O
  - Interface proposée :  Facial  Narinaire  Nasal
  - Relâche expiratoire proposée :  0  1  2  3
  - Durée : \_\_\_\_\_
  - Avec oxymétrie nocturne

Nom et prénom de l'intervenant

Permis/profession

Signature de l'intervenant

AAAA/MM/JJ

HH :MM