

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS AU CENTRE SOMMEIL

(la demande sera traitée uniquement si le formulaire est rempli)

<p>Nom : Prénom : né(e) le : Adresse: ☎ : @ :</p>	<p>Etiquette patient</p>
---	--------------------------

<p>Médecin prescripteur : Adresse ou service : ☎ : @ : Date de la demande : Signature et tampon</p>	<p>Tampon du service</p>
--	--------------------------

Motif de la demande

Caractère urgent de la demande :
 Somnolence au volant Chauffeur de poids lourds, car scolaire.....
 HTA réfractaire au traitement Toux chronique
 Troubles du rythme cardiaque répondant incomplètement au traitement
 Autres (préciser)

Antécédents
 HTA Diabète Tabac Dépression
 AVC Infarctus

Renseignements complémentaires

Poids _____ taille _____ IMC _____

	oui	non
Ronflements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnées signalées par l'entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilance réduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnolence diurne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
si oui échelle Epworth _____		
Insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés d'endormissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réveils nocturnes ≥ 3/nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Céphalées matinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nycturie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impatiences, jambes sans repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Traitements (joindre ordonnance si possible)

Zone réservée au secrétariat unité sommeil - document à conserver dans le dossier médical

Spécialités : Pneumologie Neurologie Pédiatrie ORL Autres _____
 Consultation Examen (s) : _____

Demande traitée le : _____ Hospitalisation Externe
 Date programmée le : _____ Médecin responsable _____

Nom du patient:

Prénom du patient:

Date d'évaluation:

ECHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Consigne :

Afin de pouvoir mesurer chez vous une éventuelle somnolence **dans la journée**, voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Pour répondre, utiliser l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

0 = aucune chance de somnolence ou de s'endormir

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

SITUATION	Chance de s'endormir
Assis en train de lire	0 1 2 3
Entrain de regarder la télévision	0 1 2 3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0 1 2 3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0 1 2 3
Allongé l'après midi lorsque les circonstances le permettent	0 1 2 3
Etant assis en parlant avec quelqu'un	0 1 2 3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0 1 2 3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0 1 2 3

TOTAL :