



RENVOI AU LABORATOIRE DE SOMMEIL

Télécopieur : 613-738-4865

- À l'heure actuelle, le laboratoire de sommeil vise à évaluer les troubles respiratoires et neurologiques complexes. Les études du sommeil évaluent les troubles comportementaux comme l'insomnie de manière très limitée. Pour le moment, nous n'évaluons pas les enfants en santé qui ont des troubles du sommeil liés au comportement.
- Pour bien établir les priorités et servir vos patients le mieux possible, nous vous demandons de remplir toutes les sections de ce formulaire. VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES.

Date du renvoi : _____

Médecin orienteur : _____

Signature _____

Raison du renvoi (en lettres mouillées) :

- Étude du sommeil Étude du sommeil avec consultation en pneumologie
- Étude du sommeil avec consultation en neurologie
- Urgence, veuillez expliquer :

Troubles médicaux préexistants

- Maladie neuromusculaire _____
- Syndrome génétique/Anomalies craniofaciales _____
- Dépendance de l'oxygène/CPAP/BiPAP _____
- Maladie cardiaque _____
- Trouble neurologique _____
- Obésité _____
- Asthme/Maladie pulmonaire chronique _____
- Autres problèmes médicaux _____

***Besoins particuliers** (accessibilité aux fauteuils roulants, ascenseur, pompes, insufflateur, régime alimentaire, autre)

Pour évaluer le degré d'urgence, il nous faut des renseignements sur les symptômes :

- Pausas respiratoires > 10 secondes
- Respiration haletante ou difficile la nuit
- Maux de tête le matin
- Rendement scolaire à la baisse
- Terreurs perçues de nuit
- Ronflement
- Réveils fréquents la nuit
- Hypersomnolence le jour
- Crises épileptiques
- Symptômes de dépression

(Internal Sleep Lab use Only/ À l'usage interne du laboratoire)

Date received: _____ Referral #: _____

New Patient

- Triage:**
- Emergency (< 2 weeks)
 - Urgent (< 3 months)
 - Semi-Urgent (< 6 months)

- Denied Reason:**
- Referral does not meet criteria
 - Patient Admitted
 - Patient Request
 - Referral Transferred to Other Department

Return Patient due: _____

- Incomplete Reason:**
- Missing patient demographic information
 - Missing Relevant Patient Reports
 - Referring Physician Request
 - Unable to Contact Family/ Unable to Reach
 - Other: _____

- Referred out to:**
- ENT Clinic
 - Outside Pediatrician: _____
 - Adult Sleep lab: _____
 - Other: _____

Staffing Criteria: Complex- Behavioural (Behavioural issues, developmental delay or age 6 months- 3 years)

- Referral Type**
- Complex Respiratory (i.e. ventilated, tracheostomy, complex respiratory illness)
 - Complex- 1:1 Respiratory (i.e. ventilated, tracheostomy, complex respiratory illness)
 - Simple- (not complex behavioural or respiratory)

Schedule With: Sleep Study Only Sleep Clinic Only (MacLusky, Katz) Sleep Study Followed by Clinic (MacLusky, Katz)

TRIAGED BY: _____