



Ordonnance test du sommeil PCRS et traitement par CPAP

PATIENT

Nom et Prénom

Adresse

Ville Code Postal

Téléphone

DDN (aaaa/mm/jj) Sexe

REQUÉRANT

Nom et prénom du requérant

No. permis

ESTAMPE

Signature du requérant **OBLIGATOIRE** Date

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

svp cochez votre réponse

	OUI	NON
Fatigue diurne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle (HTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète de type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine ou infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie au nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (svp préciser)	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	

RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES

Résultat d'Epworth

Commentaires

Résultat Stop Bang

Commentaires

Importants outils d'aide au verso, à remplir

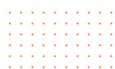
PRESCRIPTIONS

Polygraphie cardio-respiratoire du sommeil

Commentaires

Auto-CPAP pour corriger IAH

Commentaires



Pour toute question ou demande de renseignements, veuillez nous contacter au 1-888-254-8710



3455, rue Robert-Chevalier, Suite 212
Montréal, QC H1A 3R7
1-888-254-8710 (438) 794-8799

luc@cpapexpert.ca
clinicasc.ca

Questionnaires



ÉCHELLE DE SOMNOLENCE EPWORTH

Quelle est le risque de vous assoupir ou de vous endormir (non pas simplement une fatigue) dans les conditions suivantes?

svp inscrire votre degré

Assis en lisant	<input type="checkbox"/>
En regardant la télévision	<input type="checkbox"/>
Assis inactif en public (au cinéma ou à une réunion)	<input type="checkbox"/>
Comme passager en voiture pendant une heure sans arrêt	<input type="checkbox"/>
En s'allongeant pour faire une sieste l'après-midi si les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/>
Assis et en discutant avec quelqu'un	<input type="checkbox"/>
Assis tranquillement après un repas sans alcool	<input type="checkbox"/>
Au volant après quelques minutes lors d'un embouteillage	<input type="checkbox"/>
Total	<input type="text" value=""/> /24

Utilisez l'échelle ci-dessous pour indiquer le degré le plus approprié pour chaque situation

Échelle

- 0 Aucun risque de s'assoupir
- 1 Faible risque de s'assoupir
- 2 Moyen risque de s'assoupir
- 3 Grand risque de s'assoupir

10 et + suggère une somnolence diurne anormalement élevée

QUESTIONNAIRE STOP-BANG

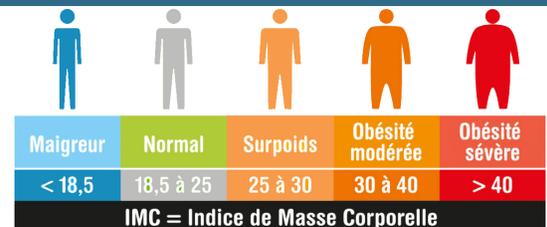
svp cochez votre réponse

	OUI	NON
Ronflement? Ronflez-vous fort (suffisamment fort pour qu'on vous entende à travers une porte fermée ou que votre partenaire vous donne des coups de coude parce que vous ronflez la nuit?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue? Vous sentez-vous souvent fatigué(e), épuisé(e) ou somnolent(e) pendant la journée (p. ex., s'endormir au volant)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observation? Quelqu'un a-t-il observé que vous arrêtiez de respirer ou que vous vous étouffiez/suffoquiez pendant votre sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension? Êtes-vous atteint(e) d'hypertension artérielle ou êtes-vous traité(e) pour ce problème?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Âge? Âge supérieur à 50 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indice de masse corporelle (IMC)? Indice de masse corporelle supérieur à 35 kg/m ² ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tour de cou? Tour de cou important (mesuré au niveau de la pomme d'Adam)? Homme: est-il supérieur ou égal à 43 cm? Femme: est-il supérieur ou égal à 41 cm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelle est votre sexe? Êtes-vous du sexe masculin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

Critères de cotation pour la population générale

- 0-2 « Oui » = Faible risque d'AOS
- 3-4 « Oui » = Risque moyen d'AOS
- 5-8 « Oui » = Risque élevé d'AOS
- ou « Oui » à au moins 2 des 4 premières questions + **sexe masculin**
- ou « Oui » à au moins 2 des 4 premières questions + **IMC > 35 kg/m²**
- ou « Oui » à au moins 2 des 4 premières questions + **tour de cou** (43 cm chez l'homme) (41 cm chez la femme)

www.stopbang.ca



$$IMC = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille} \times \text{taille (en m)}}$$