



Dossier :

Nom et Prenom :

RAMQ:

Address :

Date de Naissance :

Numéro de téléphone :

PNEUMOLOGIE PÉDIATRIQUE (MÉDECINE DU SOMMEIL)

Consultation Médicale

PEDIATRIC RESPIRATORY MEDICINE (SLEEP MEDICINE)

Medical Consultation

N° de cellulaire (patient(e)/parent) Cell Phone Number (patient/parent)	Courriel (patient(e)/parent) Email (patient/parent)	N° de RAMQ RAMQ No.

Consultation médicale pour évaluer le diagnostic et/ou la prise en charge des troubles respiratoires du sommeil.

N.B.: nous n'acceptons pas les enfants présentant des problèmes d'hygiène du sommeil et/ou de comportement pendant le sommeil.

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI DANS SON INTÉGRALITÉ. LES TESTS DU SOMMEIL SERONT ORGANISÉS À LA SUITE DE NOTRE PROCESSUS DE TRIAGE/ CONSULTATION INITIALE. L'OXYMÉTRIE ET LA POLYSOMNOGRAPHIE NE SONT PAS DISPONIBLES EN DEHORS D'UNE DEMANDE DE CONSULTATION.

Medical Consultation to assess for diagnosis and/or management of sleep disordered breathing.

Note: We do not accept referrals for sleep hygiene/sleep behavioural concerns.

ALL PARTS OF THIS FORM MUST BE COMPLETED, SLEEP TESTING WILL BE ORGANIZED AS NEEDED FOLLOWING OUR TRIAGE PROCESS AND / OR INITIAL CONSULTATION.

OXYMETRY/POLYSOMNOGRAPHY ARE NOT AVAILABLE OUTSIDE OF CONSULTATION REQUEST

RAISON DE LA CONSULTATION REASON FOR REFERRAL		☐ Exclure l'apnée obstructive du sommeil Rule out Obstructive Sleep Apnea	☐ Autre : Other
DÉLAI : URGENCY	☐ Prochain rendez-vous Next Available Appointment	☐ Urgent (précisez ci-dessous) (specify below)	☐ Semi-Urgente (précisez ci-dessous) (specify below)
Notes:			
Adénoïdectomie +/- Amygdalectomie Tonsillectomy +/- Adenoidectomy	PRÉVUE? Planned?	☐ Oui /Yes ☐ Non/No	Stéroïdes nasaux Nasal Steroids:
		☐ Oui / Yes ☐ Non / No	Si OUI, depuis quand If YES, since when?
Test de sommeil préalable? Previous Sleep Testing?	☐ Oui, au HME / Yes at MCH ☐ Non / No		Test:
	☐ Oui, À l'extérieur du HME (joindre une copie des résultats) Yes, Outside MCH (Please include copy of results)		Date:
COMORBIDITÉS:			
☐ Aucun / None	☐ Obésité / Obesity IMC / BMI _____ percentile _____		☐ Trisomie 21
☐ Trouble des voies respiratoires Airway Disorder	☐ Laryngomalacie / Laryngomalacia		☐ Trouble craniofacial Craniofacial Disorder
☐ Malformation de Chiari Chiari Malformation	☐ Trouble neurodéveloppemental Neurodevelopmental Disorder		☐ Maladie neuromusculaire Neuromuscular Disease
Autre / Other -Notes:			

SYMPTÔMES NOCTURNES: NOCTURNAL SYMPTOMS		SYMPTÔMES DIURNES: DAYTIME SYMPTOMS	
☐ Ronflement/respiration bruyante/stridor Snoring/Noisy Breathing/Stridor	☐ Transpiration / Sweating	☐ Respiration par la bouche Mouth Breathing	☐ Troubles concentration Poor Concentration
☐ Pauses respiratoires/apnée Respiratory Pauses/Apneas	☐ Énurésie secondaire Secondary Enuresis	☐ Mauvais rendement scolaire Poor School Performance	☐ Maux de tête Headaches
☐ Réveils fréquents/ éveils nocturnes Frequent Awakening/Arousals	☐ Respiration par la bouche Mouth Breathing	☐ Somnolence excessive Excessive Somnolence	☐ Stridor
☐ Souffle coupé/difficulté à respirer la nuit Gasping/Struggling to breathe when asleep		☐ Irritabilité/labilité émotionnelle Irritability/Emotional liability	
Autre / Other -Notes:			

TECHNOLOGIE RESPIRATOIRE ACTUELLE: CURRENT RESPIRATORY TECHNOLOGIES:		☐ Oxygène bas débit Low Flow Oxygen	☐ Oxygène haut débit High Flow Oxygen	☐ CPAP	☐ BPAP
☐ Trachéostomie Tracheostomy	☐ Trachéostomie et Ventilateur Tracheostomy and Ventilator	☐ Autre : Other :			

Médecin demandeur (en lettres moulées) Referring Physician (Name in Print)		Signature		N° de permis License No.	Date: (AAYY/MM/JD)
Courriel Email:		Téléphone : Telephone		Télécopieur : Fax	

À l'interne seulement (Clinique / laboratoire du sommeil) Internal Use Only (Sleep Clinic/Sleep Lab)		Date reçue : Date received	RAISON DU RENVOI REASON FOR REFERRAL RETURN	
Nouvelle consultation ☐ Clinique d'oximétrie New Consultation: Oximetry Clinic ☐ Clinique d'apnée Apnea Clinic ☐ Autre: Other				☐ Info manquantes Missing Information
Test du sommeil ☐ Oximétrie nocturne Sleep Testing: Overnight Oximetry ☐ PSG ☐ Test d'apnée du sommeil à domicile Home Sleep Apnea Test				☐ Ne répond pas aux critères Does not meet criteria
Temps d'attente cible ☐ 1 -14 jours/days ☐ 15 - 90 jours/days ☐ 3 - 12 mois/months ☐ Prochain disponible Target Wait Time: Next Available				☐ Non lisible / Illegible
Commentaires / Comments:				☐ Impossible de joindre la famille rendez-vous refusé Unable to reach family/appointment refused
Triage effectué par / Triage done by: (Nom en lettres moulées / Name in Print)		Signature		☐ Redirigé (spécifié): Redirected (specify):
Nom du médecin (en lettres moulées) Physician (Name-in Print)		Signature		Date (AAYY/MM/JD)
		N° de permis License No.		Date (AAYY/MM/JD)

Légende: CPAP Ventilation à pression positive continue, BPAP: Pression positive à deux niveaux, HME :Hôpital de Montréal pour enfants, IMC : index masse corporelle, PSG : Polysomnographie

AS1.2335 — 1001 Décarie boul., Montreal (QC) H4A 3J1 sommeil.hme@muhc.mcgill.ca

<https://hopitaldemontrealpourenfants.ca/cliniques/laboratoire-des-troubles-du-sommeil>

Téléphone / Telephone.: 514 412-4321 • Télécopieur / Fax: 514 412-4234