

SLEEP LABORATORY REFERRAL FORM *FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE AU LABORATOIRE DU SOMMEIL*

PLEASE CHOOSE A LOCATION / VEUILLEZ CHOISIR UN EMPLACEMENT

Alliston Espanola Hawkesbury Lindsay Parry Sound Timmins Toronto Winchester

SERVICES REQUESTED / SERVICES DEMANDÉS

- Sleep Study, followed by consultation / *Étude du sommeil, suivie d'une consultation*
 Sleep Study only / *Étude du sommeil uniquement*
 Consultation, followed by sleep studies / *Consultation suivie d'études du sommeil*
 Consult only / *Consulter uniquement*

Has the patient had a previous sleep study? / *Le patient a-t-il déjà subi une étude du sommeil?* No / *Non* Yes / *Oui* Date _____

Patient Name / *Nom du patient* _____ Sex / *Sexe* M F

OHIP # _____ VERSION CODE Non-OHIP DOB (D/M/Y) ____/____/_____

Address / *Adresse* _____

Cellular Number / *Numéro de cellulaire* () _____ - _____ Telephone Number / *Numéro de téléphone* () _____ - _____

E-mail _____

Available on Short Notice? / *Disponible à court terme?* Yes / *Oui* No / *Non*

Requesting Physician / *Médecin demandeur* _____ Billing Number / *Numéro de facturation* _____

Address / *Adresse* _____

Telephone Number / *Numéro de téléphone* () _____ - _____ Fax Number / *Numéro de fax* () _____ - _____

Family Physician / *Médecin de famille* _____ Fax Number / *Numéro de fax* () _____ - _____

PATIENT COMPLAINT / INQUIRY / PLAINTE / DEMANDE D'INFORMATION DU PATIENT

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Snoring / <i>Ronflement</i> | <input type="checkbox"/> Restless Legs / <i>Jambes sans repos</i> |
| <input type="checkbox"/> Excessive Daytime Sleepiness (EDS) / <i>Somnolence diurne excessive (SDE)</i> | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia / Chronic Fatigue / <i>Fibromyalgie / Fatigue chronique</i> |
| <input type="checkbox"/> Insomnia / <i>Insomnie</i> | <input type="checkbox"/> Obesity / <i>Obésité</i> |
| <input type="checkbox"/> Witnessed Apneas / <i>Apnées observées</i> | <input type="checkbox"/> Other / <i>Autre:</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Morning Headaches / <i>Maux de tête matinaux</i> | |

Medications / *Médicaments* _____

Allergies _____

Physician Signature / *Signature du médecin* _____ Date _____

LAB USE ONLY

PROCEDURE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Initial Diagnostic Sleep Study (PSG) | <input type="checkbox"/> CPAP |
| <input type="checkbox"/> Repeat PSG* | <input type="checkbox"/> CPAP F/U |
| <input type="checkbox"/> PSG followed by MSLT* <input type="checkbox"/> MWT* <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> BPAP: Starting Pressure _____ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> S/T |
| <input type="checkbox"/> Seizure Montage* | <input type="checkbox"/> BPAP F/U |
| <input type="checkbox"/> Parasomnia Montage* | <input type="checkbox"/> CO ₂ Monitoring |
| *Consultation Required | <input type="checkbox"/> Oral Appliance Titration |
| | <input type="checkbox"/> Positional Therapy |

Special Instructions _____

Appointment Date & Time _____

Referring Physician _____ Interpreting Physician _____