

SLEEP LABORATORY REFERRAL FORM

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE AU LABORATOIRE DU SOMMEIL

PLEASE CHOOSE A LOCATION / VEUILLEZ CHOISIR UN EMPLACEMENT

☐ Alliston ☐ Espanola ☐ Hawkesbury ☐ Lindsay ☐ Markham ☐ 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 # _____ v/c Exp. Date (D/M/Y) ____ / ____ / ____ 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 / PLAINTÉ / DEMANDE D'INFORMATION DU PATIENT

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

Medications / *Médicaments* _____

Allergies _____

LAB USE ONLY

PROCEDURE

- ☐ Initial Diagnostic Sleep Study (PSG)
☐ Repeat PSG*
☐ PSG followed by MSLT* ☐ MWT* ☐
☐ Seizure Montage*
☐ Parasomnia Montage*

***Consultation Required**

- ☐ CPAP
☐ CPAP F/U
☐ BPAP: Starting Pressure _____ ☐ S ☐ S/T
☐ BPAP F/U
☐ CO₂ Monitoring
☐ Oral Appliance Titration
☐ Positional Therapy

Special Instructions _____

Appointment Date & Time _____

Physician Signature / *Signature du médecin* _____ Date _____