



Hôpital Montfort

713, chemin Montréal Road
Ottawa, Ontario K1K 0T2
613-746-4621 (tél)

CLINIQUE DU SOMMEIL / SLEEP CLINIC requête/requisition

Télécopieur/Fax: 613-748-4975

Nom de famille / Family Name		Prénom / Name	
Adresse / Address			
Numéro de téléphone / Phone number		Date de Naissance (JJ/MM/AA) / Date of birth (DD/MM/YY)	
Renseignement clinique / Diagnostic / Besoin Spéciaux - Clinical Information / Diagnostic / Special Needs			

SUR RENDEZ-VOUS SEULEMENT - BY APPOINTMENT ONLY

- Consultation seulement - Sleep consultation only** (Évaluation clinique- Clinical evaluation)
- PSG Étude du sommeil (d'après les résultats, possibilité d'une consultation à la clinique)**
Overnight Sleep Study (depending on the findings, possibility of a clinic consultation)
- CPAP Titration / Re-titration - Titration / Reassessment**
- MSLT Multiple Sleep Latency Test** (Test de jour pour vérifier le seuil de somnolence- Daytime test for readiness to sleep)
- MWT Maintenance of Wakefulness Test** (Test de jour pour vérifier la vigilance au sommeil-Test for daytime alertness/resistance to sleep)

**** Envoyer la requête par télécopieur seulement, nous contacterons le patient pour lui donner son rendez-vous
Aucun appel téléphonique ne sera accepté pour l'obtention d'un rendez-vous

**** Send requisition by fax only, we will contact the patient for an appointment date
No phone call will be accepted for booking an appointment

Étude du sommeil fait au préalable? / Previous sleep study? Oui / Yes Non / No

*** Les résultats d'une étude du sommeil, fait au préalable, à un autre centre hospitalier **DOIVENT** accompagner cette requête
Previous sleep studies done at other hospital **MUST** accompany the requisition

ÉCRIRE EN LETTRE MOULÉE OU APOSER UNE ÉTAMPE PLEASE PRINT OR STAMP			
MÉDECIN - PHYSICIAN	_____	TÉL. # TEL. #	_____
ADRESSE - ADDRESS	_____	TÉLÉC # FAX #	_____
	_____	CC: DR:	_____
	_____	CC: DR:	_____
Essentiel à compléter pour fins d'acheminement des rapports et de facturation It's essential to fill out this section for reports and billing purposes			



80500250

5100141 (38, 04/16)

Médecin - Physician (Signature)	Date (jj/mm/aa//dd/mm/yy)
---------------------------------	---------------------------