



CLINIQUE SOMNOMED

Nous desservons la région du Grand Montréal
Serving the Greater Montreal Area

Demande d'étude du sommeil • Sleep Study Requisition

438-499-8324

info@somno-med.com Fax: 450-937-7765

Veillez envoyer par fax ou courriel. Nous contactons les patients directement.
Send by email or fax. Patients will be contacted directly.

Nom/Name: _____
Tel.: _____ Courriel/E-mail: _____
Adresse/Address: _____
DDN/DOB: _____ RAMQ: _____
TA/BP: _____ Taille/Height: _____ Poids/Weight: _____

Études du sommeil Sleep Studies

- PSG Polysomnographie / Polysomnography
 PCR Polygraphie cardiorespiratoire / Cardiorespiratory polygraphy
 PCR & PPC réévaluation / PAP Reassessment

Raison/ Reason

- Ronflement Snoring Insomnie Insomnia SAOS suspecté Suspected OSA Jambes sans repos Restless legs Somnolence excessive diurne Excessive daytime sleepiness
 Comportement anormal durant sommeil Abnormal sleep behaviour Autres/Other _____

Hx Med: _____

Médecin/ Physician

Nom/Name: _____ Adresse/ Address _____
Numéro de permis/Permit Number: _____
Tel.: _____ Fax: _____
Signature: _____ Date: _____