

## Sleep Disorder Referral • Réquisition pour les troubles du sommeil

### PATIENT INFORMATION / INFORMATION DU PATIENT

LAST NAME/NOM DE FAMILLE

FIRST NAME/PRÉNOM

BIRTH DATE/DATE DE NAISSANCE

HEALTH CARD/ASSURANCE MALADIE

PREFERRED PHONE/TÉLÉ PRÉFÉRÉ

GENDER/GENRE

### SERVICE REQUESTED / SERVICE DEMANDÉ

- Level 3 Sleep Study with interpretation followed by APAP therapy and/or sleep medicine consult as indicated  
 Étude du sommeil de niveau 3 avec interprétation suivi de thérapie APAP et/ou consultation en médecine du sommeil si indiqué
- Sleep medicine consultation / Consultation en médecine du sommeil
- Level 3 Sleep Study / Étude du sommeil de niveau 3
- Reassessment of PAP therapy settings / Réévaluation des paramètres de la thérapie à pression positive

### MEDICAL HISTORY / ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension     | <input type="checkbox"/> Mood Disorder/Troubles de l'humeur | <input type="checkbox"/> Insomnia/Insomnie     | <input type="checkbox"/> Heart Disease/Maladie Cardiaque       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabète | <input type="checkbox"/> Stroke/AVC                         | <input type="checkbox"/> Depression/Dépression | <input type="checkbox"/> Cardiac Arrhythmia/Arythmie Cardiaque |
| <input type="checkbox"/> COPD/MPOC        | <input type="checkbox"/> Chronic Pain/Douleur Chronique     | <input type="checkbox"/> PTSD/TSPT             | _____  |

STAMP / SCEAU

NAME / NOM \*

BILLING # / # PERMIS \*

OFFICE ADDRESS / ADRESSE DE L'OFFICE

TELEPHONE / TÉLÉPHONE

FAX / TÉLÉCOPIEUR

Rx SIGNATURE \*

DATE \*

Please fax this form to 506-382-5162 • S.V.P télécopier ce document au 506-382-5162

IMPROVING HEALTH THROUGH BETTER SLEEP

Moncton  
114 Highfield St  
Moncton NB E1C 5N7

Fredericton  
923 Prospect St  
Fredericton NB E3B 2T7

Halifax  
130-287 Lacewood Dr  
Halifax NS B3M 3Y7

Dartmouth  
114-250 Baker Drive  
Dartmouth NS B2W 6L4

V202510