

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 Arrythmia/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