

Informations Patient	Médecin requérant
Nom et prénom :	ESTAMPE
Tél. : Cell. :	
DDN :	
#RAMQ :	
Clinique médicale :	
	Signature obligatoire du md requérant No. Permis

ÉTUDE DIAGNOSTIQUE DU SOMMEIL AMBULATOIRE

☐ Polygraphie Cardio-Respiratoire Simplifiée (PCRS) ambulatoire

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE POUR APNÉE DU SOMMEIL

- Selon les résultats et l'interprétation de la polygraphie cardio-respiratoire simplifiée (PCRS), une mise sous traitement CPAP automatique 6-16cmH2O +/-3 pourrait être débutée pour les patients souffrants d'apnée du sommeil modéré ou sévère (index $\geq 15/h$) symptomatiques ou avec comorbidités, à la demande du médecin traitant et si désiré une consultation en pneumologie au besoin suite à l'instauration du traitement.
- Pour les patients avec diagnostic léger ou si doute diagnostic, une consultation en pneumologie est requise avant la mise sous traitement CPAP. Le patient devra prendre un rendez-vous avec notre pneumologue.

☐ Avec prise en charge
 ☐ Sans prise en charge (Rx par médecin requérant)
 ☐ Consultation en pneumologie

TRAITEMENT CPAP

AUTO-CPAP pression min _____ max _____ cmH2O*

CPAP FIXE _____ cmH2O*

*Autorisez-vous l'inhalothérapeute à ajuster la pression d'air de +/- 3 cmH2O pour contrôler l'IAH $\leq 5/h$ et pour le confort du patient ?

☐ Oui ☐ Non

F&P myAIRVO 2

☐ F&P myAIRVO 2 (Optiflow pour le domicile)

INFO :



PARAMÈTRES myAirvo 2

Indication :

Débit : (Plage :20-60 lpm) _____ lpm ou ☐ Ajustement pour confort patient

Ajout d'oxygène : ☐ Non ☐ Oui _____ lpm

Température : (Plage : 31 à 37°C) ou ☐ Ajustement pour confort patient

CardioSTAT (Holter)

Le monitoring cardiaque simplifié jusqu'à 14 jours d'enregistrement ECG de qualité en continu

INFO :



☐ 24/ 48h
 ☐ 7jours
 ☐ 14 jours
 Raison(s) de la prescription :