



Gatineau • 355, boul. Gréber (coin La Gappe) Qc J8T 6H8 • T 819.246.2227 • F 819.246.2212
Hull • 195, rue de l'Atmosphère, #103 Qc J9A 0A3 • T 819.777.3227 • F 819.777.6227
Mont-Laurier • 506, rue Carillon Qc J9L 1L5 • T 819.440.2068 • F 819.440.2185
Maniwaki • 179, boul. Desjardins Qc J9E 2C9 • T 819.440.2068 • F 819.440.2185

ORDONNANCE

Patient :	Professionnel de la santé
Nom du patient : _____	Nom (MD DMD IPS) : _____
DDN AAMMJJ : _____ Sexe : _____	Clinique : _____
Téléphone : () _____	Télécopieur : () _____

Ordonnance du centre intégré de médecine du sommeil

Choix combiné #1:

LE CHOIX LE PLUS SIMPLE ET RAPIDE POUR VOTRE PATIENT ET VOUS

- PCRS + titrage Tandem® + ordonnance selon paramètres Tandem® si remplit les critères pour chaque étape. PSG-EEG (standard de pratique) advenant PCRS non concluante chez individu symptomatique

Choix combiné #2:

- PCRS + titrage Tandem® si remplit les critères pour chaque étape. PSG-EEG (standard de pratique) advenant PCRS non concluante chez individu symptomatique. Je rédigerai l'ordonnance ultérieurement prn.

Choix à la carte:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PCRS (dormir à la maison) | <input type="checkbox"/> Titration Tandem® Ventilation (cas complexe) |
| <input type="checkbox"/> PSG-EEG (dormir au laboratoire avec supervision par technicien, niveau 1) | <input type="checkbox"/> Ordonnance APAP min _____ max _____ cmH ₂ O |
| <input type="checkbox"/> Saturométrie nocturne | <input type="checkbox"/> Ordonnance CPAP _____ cmH ₂ O |
| <input type="checkbox"/> Titration Tandem® à domicile pour apnée obstructive du sommeil | <input type="checkbox"/> Consultation avec MD de l'équipe |

Dre Katéri Champagne, médecin spécialiste en médecine interne et pneumologie, FRCPC MSc (épidémiologie)
 Directrice du laboratoire et de la clinique de médecine du sommeil
 Diplomate of the American Board Academy of Sleep Medicine, Fellow of the American Academy of Sleep Medicine

VOIR LE VERSO POUR LA DESCRIPTION DES SERVICES

Ordonnance pour les produits médicaux

Oxygénothérapie: _____ LPM _____ h/jour _____ LPM à l'exercice _____ LPM la nuit _____

Vêtements compressifs: 20-30 mmHg 30-40 mmHg bande herniaire sur mesure

Orthèse: Cheville Genou Dos Poignet Coude Épaule _____

Autres _____

Renseignements médicaux: _____

Signature MD, IPS, DMD : _____ Date : _____

No pratique : _____

