



Renvoi au Laboratoire des troubles du sommeil du CHEO

- À l'heure actuelle, le laboratoire de sommeil du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) vise à évaluer les troubles respiratoires et neurologiques complexes. Les études du sommeil évaluent les troubles comportementaux comme l'insomnie de manière très limitée. **Pour le moment, nous n'évaluons pas les enfants en santé qui ont des troubles du sommeil liés au comportement.**
- **Pour bien établir les priorités et servir vos patients le mieux possible, nous vous demandons de remplir toutes les sections de ce formulaire.**

Date du renvoi _____

Médecin orienteur : _____ Signature _____

Adresse : _____ Téléphone/télécopieur : _____

Nom du patient : _____ N.D.M. CHEO : _____ DDN : _____

Genre : Masculin Féminin Transgarçon Transfille Non binaire/genre fluide Bispirituel Agenre

Taille : _____ cm Poids : _____ kg Date de la taille et du poids : _____

Téléphone résidentiel : _____ Téléphone cellulaire : _____

Médecin traitant : _____

Question principale devant être traitée par l'étude sur le sommeil : _____

Médicaments actuels : _____

Équipements ou besoins spéciaux : Fauteuil roulant/sonde d'alimentation/autre (veuillez préciser) _____

Troubles médicaux préexistants (veuillez préciser si oui à l'une des questions ci-dessous) :

- Syndrome génétique
- Annotations craniofaciales
- Maladie neuromusculaire
- Obésité
- Trouble neurologique
- Asthme
- Maladie cardiaque
- Trouble du comportement (p. ex. TDA/THADA)
- Santé mentale (p. ex. anxiété, dépression)
- Trouble du spectre autistique
- Retard du développement

Résumé des antécédents médicaux :

Le patient a-t-il subi une adéno-amygdalectomie ou une chirurgie des voies respiratoires? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer le type et la date

INDICATIONS AUX FINS D'ÉTUDE :

- Ronflement (>3 nuits/semaine) Apnée observée >10 secondes Hyperventilation
- Apnée obstructive du sommeil Apnée centrale du sommeil Hypoventilation
- Autre _____

Symptômes du patient/examen physique (COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT) :**Symptômes nocturnes :**

- Difficulté à respirer Ronflement ou respiration bruyante Apnée observée
- Agitation Transpiration Halètement
- Étouffement Cyanose ou pâleur Position assise pour dormir/cou en hyperextension pendant le sommeil
- Eurésie nocturne (secondaire, non primaire)
- Autre _____

Symptômes diurnes :

- Irritabilité Somnolence excessive Respiration par la bouche
- Pharyngite fréquente Faible rendement scolaire Faiblesse/fatigue
- Autre _____

Constatation de l'examen physique :

- Hypertrophie des amygdales (taille des amygdales _____) Hypertrophie des adénoïdes Obésité (IMC) : _____
- Rhinite allergique Congestion nasale Échec de la croissance

Heure du coucher : _____ Heure de réveil : _____

Tests et interventions antérieurs

Le patient a-t-il déjà été testé dans notre laboratoire? non oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer le test _____ Date _____

Le patient a-t-il déjà subi une saturométrie nocturne ou un test de sommeil à domicile? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer le test _____

_____ Date _____ Résultat : _____

Le patient prend-il de l'oxygène à la maison? non oui Si oui, méthode _____ quantité _____

Le patient utilise-t-il un CPAP/BiPAP à la maison? non oui Dans l'affirmative, paramètres _____

Le patient est-il soumis à une ventilation invasive par trachéotomie à la maison? non oui Dans l'affirmative, paramètres _____

Le patient a-t-il une trachéotomie ? non oui Si oui, type et taille de la trachéotomie _____