



**PNEUMOLOGIE PÉDIATRIQUE
(MÉDECINE DU SOMMEIL)
Consultation médicale**

PEDIATRIC RESPIRATORY MEDICINE
(SLEEP MEDICINE)
Medical Consultation

N° de dossier Medical Records No.	
Nom et prénom First and last name	
N° carte assurance maladie Health Insurance Card No.	
Date de naissance Date of birth	
N° de cellulaire (patient(e)/parent) Cell Phone Number (patient/parent)	
Courriel (patient(e)/parent) Email (patient/parent)	

Consultation médicale pour évaluer le diagnostic et/ou la prise en charge des troubles respiratoires du sommeil.

N.B.: nous n'acceptons pas les enfants présentant des problèmes d'hygiène du sommeil et/ou de comportement pendant le sommeil.

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI DANS SON INTÉGRALITÉ. LES TESTS DU SOMMEIL SERONT ORGANISÉS À LA SUITE DE NOTRE PROCESSUS DE TRIAGE/ CONSULTATION INITIALE. L'OXYMÉTRIE ET LA POLYSOMNOGRAPHIE NE SONT PAS DISPONIBLES EN DEHORS D'UNE DEMANDE DE CONSULTATION.

Medical Consultation to assess for diagnosis and/or management of sleep disordered breathing.

Note: We do not accept referrals for sleep hygiene/sleep behavioural concerns.

ALL PARTS OF THIS FORM MUST BE COMPLETED, SLEEP TESTING WILL BE ORGANIZED AS NEEDED FOLLOWING OUR TRIAGE PROCESS AND / OR INITIAL CONSULTATION.

OXIMETRY/POLYSOMNOGRAPHY ARE NOT AVAILABLE OUTSIDE OF CONSULTATION REQUEST

RAISON DE LA CONSULTATION REASON FOR REFERRAL		Exclure l'apnée obstructive du sommeil Rule out Obstructive Sleep Apnea		Autre Other	
DÉLAI URGENCY	Prochain rendez-vous Next Available Appointment	Urgent (précisez ci-dessous) (specify below)		Semi-Urgente (précisez ci-dessous) (specify below)	
Notes					
Adénoïdectomie +/- Amygdalectomie Tonsillectomy +/- Adenoidectomy		PRÉVUE? Planned?	Oui /Yes Non/No	Stéroïdes nasaux Nasal Steroids:	Oui / Yes Non / No
				Si OUI, depuis quand If YES, since when?	
				Date (AAYY/MM/JD)	
Test de sommeil préalable? Previous Sleep Testing?	Oui, au HME / Yes at MCH ☐ Non / No		Oui, À l'extérieur du HME (joindre une copie des résultats) Test Yes, Outside MCH (Please include copy of results)		Date (AAYY/MM/JD)
COMORBIDITÉS					
☐ Aucun / None		☐ Obésité / Obesity IMC / BMI		☐ Trisomie 21	
☐ Trouble des voies respiratoires Airway Disorder		☐ Laryngomalacie / Laryngomalacia		☐ Trouble craniofacial Craniofacial Disorder	
☐ Malformation de Chiari Chiari Malformation		☐ Trouble neurodéveloppemental Neurodevelopmental Disorder		☐ Maladie neuromusculaire Neuromuscular Disease	
Autre / Other - Notes					

SYMPTÔMES NOCTURNES NOCTURNAL SYMPTOMS		☐ Aucun / None		SYMPTÔMES DIURNES DAYTIME SYMPTOMS		☐ Aucun / None	
☐ Ronflement/respiration bruyante/stridor Snoring/Noisy Breathing/Stridor		☐ Transpiration / Sweating		☐ Respiration par la bouche Mouth Breathing		☐ Troubles concentration Poor Concentration	
☐ Pauses respiratoires/apnée Respiratory Pauses/Apneas		☐ Énurésie secondaire Secondary Enuresis		☐ Mauvais rendement scolaire Poor School Performance		☐ Maux de tête Headaches	
☐ Réveils fréquents/éveils nocturnes Frequent Awakening/Arousals		☐ Respiration par la bouche Mouth Breathing		☐ Somnolence excessive Excessive Somnolence		☐ Stridor	
☐ Souffle coupé/difficulté à respirer la nuit Gasping/Struggling to breathe when asleep				☐ Irritabilité/labilité émotionnelle Irritability/Emotional liability			
Autre / Other - Notes							

TECHNOLOGIE RESPIRATOIRE ACTUELLE CURRENT RESPIRATORY TECHNOLOGIES		☐ Oxygène bas débit Low Flow Oxygen	☐ Oxygène haut débit High Flow Oxygen	☐ CPAP	☐ BPAP
☐ Trachéostomie Tracheostomy	☐ Trachéostomie et Ventilateur Tracheostomy and Ventilator	Autre Other			

Médecin demandeur (en lettres moulées) Referring Physician (Name in Print)	Signature	N° de permis License No.	Date (AAYY/MM/JD)
Courriel Email	Téléphone Telephone	Télécopieur Fax	

Nom et prénom
First and last name

N° de dossier
Medical Records No.

À l'interne seulement (Clinique / laboratoire du sommeil) Internal Use Only (Sleep Clinic/Sleep Lab)		Date reçue Date received	RAISON DU RENVOI REASON FOR REFERRAL RETURN
Nouvelle consultation New Consultation	☐ Clinique d'oximétrie Oximetry Clinic	☐ Clinique d'apnée Apnea Clinic	☐ Autre Other
Test du sommeil Sleep Testing	☐ Oximétrie nocturne Overnight Oximetry	☐ PSG	☐ Test d'apnée du sommeil à domicile Home Sleep Apnea Test
Temps d'attente cible Target Wait Time	☐ 1 - 14 jours/days ☐ 15 - 90 jours/days ☐ 3 - 12 mois/months ☐ Prochain disponible Next Available		☐ Info manquantes Missing Information
Commentaires / Comments			☐ Ne répond pas aux critères Does not meet criteria
Triage effectué par / Triage done by (Nom en lettres moulées / Name in Print)			☐ Non lisible / Illegible
Signature			☐ Impossible de joindre la famille rendez-vous refusé Unable to reach family/appointment refused
Date (AAYY/MM/JD)			☐ Redirigé (spécifié) Redirected (specify)
Nom du médecin (en lettres moulées) Physician (Name in Print)			Date (AAYY/MM/JD)
Signature			
N° de permis License No.			

Légende / Legend: CPAP : Ventilation à pression positive continue
BPAP: Pression positive à deux niveaux
HME : Hôpital de Montréal pour enfants
IMC : Index masse corporelle,
PSG : Polysomnographie

PNEUMOLOGIE PÉDIATRIQUE (MÉDECINE DU SOMMEIL) / PEDIATRIC RESPIRATORY MEDICINE (SLEEP MEDICINE)
1001, boul. Décarie
Montréal (Québec) H4A 3J1
Tél. / Tel.: 514 412-4321
Télécopieur / Fax: 514 412-4234
Courriel / Email : sommeil.hme@muhc.mcgill.ca
Site web / Website: <https://hopitaldemontrealpourenfants.ca/cliniques/laboratoire-des-troubles-du-sommeil>