



1-855-749-2082

1-613-749-2020

1-866-591-9677

Home Sleep Study Order Form (PRE/POST OAT)

Requête Polygraphie Cardio-Respiratoire

(PRÉ/POST Thérapie avec appareil dentaire)

Patient Information/Information du Patient

Name/Nom: Language/Langue: English/Anglais
 French/Français

Address/Adresse:

City/Ville: Province: Postal Code/Code Postal:

Home Phone/Téléphone Maison: Alt. Phone/Autre Téléphone: Email/Courriel:

DOB/DDN: Gender/Sexe: Male/Homme Female/Femme

Height/Grandeur (m): Weight/Poids(kg): BMI/IMC: Neck Circ./Circ. Cou (cm): Waist Size/ Tour de taille (cm):

Sleep Physical & History/Examen et Historique du Sommeil

PSG DIAGNOSIS (check one) / DIAGNOSTIQUE D'APRÈS PSG (faire un choix): Obstructive Sleep Apnea / Apnée Obstructive du Sommeil Snoring / Ronflement UARS/HRVA Other/Autre:

PSG STUDY INFORMATION / DONNÉES DE L'ÉTUDE DIAGNOSTIQUE:

Date (dd/mm/yy) / (jj/mm/aa): AHI / IAH: /hr Supine / Décubitus Dorsal: AHI Supine / IAH Dorsal: /hr Lowest SpO2 / SpO2 min.: %

MEDICAL JUSTIFICATION / JUSTIFICATION MÉDICALE: Patient has attempted CPAP and has not complied for the following reason(s) / Patient a essayé PPC sans succès parce que:

Unable to tolerate mask / Incapable de tolérer masque High CPAP pressure / Pression PPC élevée Chronic Sinusitis / Sinusite Chronique Dermatitis / Dermatite

Patient may benefit from combination therapy / Patient peut bénéficier d'une thérapie combinée Other/Autre:

Physical limitations that inhibit the application of home sleep testing equipment? / Limitations physiques qui restreignent l'installation d'équipements polygraphiques à la maison? Yes/ Oui No/ Non

Profession requiring vehicle operation (heavy loads/transportation) / Profession exigeant l'opération d'un véhicule (lourd/transport): Yes/Oui No/Non

Epworth /24

Medications / Médicaments

Name Of Drug / Nom des Médicaments	Strength and Frequency/ Dosage et Fréquences	Name Of Drug / Nom des Médicaments	Strength and Frequency/ Dosage et Fréquences
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ordering Dentist/ Dentiste Référent

Site Name/ Non du Centre:

Dentist Name/ Non du Dentiste:

Address/Adresse:

City/Ville: Province: Postal Code/Code Postal:

Phone/Téléphone: Fax: Email/Courriel:

By signature below, I certify this patient has been previously evaluated by a sleep specialist and is referred to my practice for the evaluation of an oral appliance therapy. The outcome and reports from the home sleep tests performed by SomnocoR will be forwarded to the referring sleep specialist.
 En signant ci-dessous, j'atteste que ce patient a été évalué par un spécialiste en sommeil et est référé à ma clinique pour l'évaluation de thérapie avec appareil dentaire. Les rapports et résultats des tests de sommeil à domicile accomplis par SomnocoR seront envoyés au médecin référent, spécialiste en sommeil.

Signature:

Date: (dd/mm/yy) / (jj/mm/aa)

By checking the above box and typing your name in the Signature field, you are confirming that you have reviewed, understand, and voluntarily agree to the Terms and Conditions as outlined above. This electronic signature will be the same as signing your physical signature by hand and is considered legally binding.
 En cochant cette case et inscrivant votre nom dans le champ ci-dessus, vous confirmez que vous avez compris et acceptez volontairement les conditions décrites ci-dessus. Cette signature électronique est considérée équivalente d'une signature physique à la main et est considérée comme un engagement juridique.