



**DEMANDE D'ÉVALUATION RESPIRATOIRE**  
Physiologie respiratoire/ Laboratoire du sommeil  
Faxer au : 1-833-669-2400

**CRV**

IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER \_\_\_\_\_

NOM À LA NAISSANCE : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_ SEXE :  F  M

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ TÉL. : \_\_\_\_\_

DATE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N.A.M. : \_\_\_\_\_ EXP : \_\_\_\_/\_\_\_\_

Installation : \_\_\_\_\_

**Espace réservé à l'usage du laboratoire**

\_\_\_\_\_  
Médecin demandeur (lettres moulées)

Usager suivi à domicile en inhalothérapie : Oui  Non

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ kg / lb Taille : \_\_\_\_\_ cm / po

Usage du tabac : Jamais  Actif  Cessé  Âge du début \_\_\_\_ans Âge de l'arrêt \_\_\_\_ans Consommation moyenne : \_\_\_\_\_

Médication en lien avec le(s) test(s) demandé(s) : \_\_\_\_\_

Arrêt de la médication demandé : Oui  Spécification : \_\_\_\_\_

**PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE LOCAL 1.90**

- Protocole de **spirométrie**
- Protocole de **routine** (EFR) (inclus volumes pulmonaires, spirométrie, diffusion et gaz sanguin)
- Protocole de **provocation bronchique**

**Prescription réservée aux médecins spécialistes désignés**

- Gaz artériel \_\_\_\_\_
- Mesure des forces insp. exp. Maximales
- Stade Jones 1
- Protocole de Bléomycine
- Test à la marche de 6 min (6MWT)
- Autre/spécifications : \_\_\_\_\_

**LABORATOIRE DU SOMMEIL LOCAL 1.90**

- Consultation en pneumologie pour évaluer trouble du sommeil** (médecins spécialistes seulement, pour tout autre demandeur, faire requête au CRDS)
- Oxymétrie nocturne **PÉDIATRIQUE**

**Prescription réservée aux pneumologues et ORL**

**Étude du sommeil en ambulatoire :**

- Oxymétrie nocturne
- Diagnostique
- SVP spécifier :  O<sub>2</sub> \_\_\_\_ l/min  CPAP/ BiPAP \_\_\_\_cmH<sub>2</sub>O

**Polysomnographie en laboratoire :**

- Diagnostique
- Nuit partagée
- Thérapeutique
  - Avec CPAP/BiPAP \_\_\_\_cmH<sub>2</sub>O
- Test itératif de latence au sommeil (MSLT)
- Étude de maintien à l'éveil (MWT)
- Autres \_\_\_\_\_
- Journal de sommeil

**Saturation visée** : \_\_\_\_\_ %

**Priorité clinique :**

**B** : ≤10 jours  **C** : ≤28 jours  **D** : ≤3 mois  **E** : ≤12 mois

**Priorité clinique :**

**C** : ≤28 jours  **D** : ≤3 mois  **E** : ≤12 mois

**En l'absence d'une priorité clinique spécifiée, la clinique établira la priorisation selon la procédure de priorisation en vigueur**

Signature du requérant : \_\_\_\_\_ No de permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_