



DEMANDE D'ÉVALUATION RESPIRATOIRE

Physiologie respiratoire  
Laboratoire du sommeil

CRV

Installation :

IDENTIFICATION DE L'USAGER

No. DOSSIER

NOM À LA NAISSANCE :

PRÉNOM :

SEXE :  F  M

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

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉL. :

DATE NAISSANCE :

N.A.M. :

EXP :

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**

**LABORATOIRE DU SOMMEIL LOCAL 1.90**

- Saturation nocturne**  
 **Saturation nocturne** avec **consultation** en pneumologie (médecins spécialistes seulement, pour tout autre demandeur, faire requête au CRDS)  
SVP spécifier :  O<sub>2</sub> l/min  CPAP/ BiPAP cmH<sub>2</sub>O

**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 :

Polysomnographie

- En ambulatoire :**  
 Diagnostique  
 Thérapeutique (snoresat)  
 Essai thérapeutique (APAP et oxymétrie)  
**En laboratoire :**  
 Diagnostique  
 Nuit partagée  
 Thérapeutique avec EEG simplifiée  
 Thérapeutique  
 Test itératif de latence au sommeil (MSLT)  
 Avec CPAP/BiPAP cmH<sub>2</sub>O  
 Étude de maintien à l'éveil (MWT)  
 Autre/spécifications:  
 **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 demande sera priorisée selon la procédure de priorisation en vigueur de chacune des cliniques

Nom du requérant :

N° de permis:

Date :