



**Gatineau** • 355, boul. Gréber (coin La Gappe) Qc J8T 6H8 • T 819.246.2227 • F 819.246.2212  
**Hull** • 195, rue de l'Atmosphère, #106 Qc J9A 0A3 • T 819.777.3227 • F 819.777.6227  
**Mont-Laurier** • 506, rue Carillon Qc J9L 1L5 • T 819.440.2068 • F 819.440.2185  
**Maniwaki** • 179, boul. Desjardins Qc J9E 2C9 • T 819.440.2068 • F 819.440.2185

## Référence dentaire - Demande de test du sommeil

— Patient : _____	— Professionnel de la santé : _____
Nom du patient : _____	Nom : _____
DDN AAMMJJ : _____ Sexe : _____	Clinique : _____
Téléphone : (      ) _____	Télécopieur : (      ) _____

### 1-Renseignements cliniques

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'apnée obstructive du sommeil | <input type="checkbox"/> Suspicion ronflement simple               | <input type="checkbox"/> Macroglossie      |
| <input type="checkbox"/> Arcades dentaires étroites               | <input type="checkbox"/> Ronflement perturbant le sommeil d'autrui | <input type="checkbox"/> Rétromicrognathie |
| <input type="checkbox"/> Bruxisme lié au sommeil                  | <input type="checkbox"/> Autre: _____                              |  |

### 2-Traitements antérieurs

- |                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun      | <input type="checkbox"/> Orthodontie                | <input type="checkbox"/> Expansion palatine          |
| <input type="checkbox"/> Échec CPAP | <input type="checkbox"/> Refus CPAP (jamais essayé) | <input type="checkbox"/> CPAP utilisé avec inconfort |
| <input type="checkbox"/> Échec OAM* | <input type="checkbox"/> Échec chirurgie: _____     | <input type="checkbox"/> Autre: _____                |

\*Orthèse d'avancement mandibulaire

### 3-Traitement du ronflement ou de l'apnée obstructive du sommeil par OAM\*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Répond aux critères dentaires pour l'utilisation d'une OAM* selon les critères de l'AASM |   |
| <input type="checkbox"/> Ouvert à une OAM*  | <input type="checkbox"/> Non intéressé par OAM* |
| <input type="checkbox"/> Ouvert à un essai de pression positive   | <input type="checkbox"/> Restrictions: _____    |

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature dentiste : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_