

**RÉFÉRENCE POUR EXAMENS ET SERVICES**

**MÉDECINE DU SOMMEIL**

DATE 

Année	Mois	Jour

Poids<sup>1</sup> estimé : \_\_\_\_\_ Grandeur estimée : \_\_\_\_\_

Raison de demande: \_\_\_\_\_

Date de naissance	N° de dossier
Année      Mois      Jour	
N° d'assurance maladie	
Nom à la naissance	Prénom
Adresse	
Ville	Code postal
	N° de téléphone

O<sub>2</sub> à la maison :  Non     Oui : \_\_\_\_\_ L/min \_\_\_\_\_ h/24

CPAP ou BIPAP à domicile :  Non     Oui : Paramètre(s) : \_\_\_\_\_  
Interface :  Nasale     Faciale

Problème de mobilité :  Non     Oui : Le(s)quel(s) : \_\_\_\_\_

**INFORMATION DE L'USAGER (voir verso pour priorisation)**

Questionnaire STOP : \_\_\_\_\_/4                      Symptômes au volant :  Oui     Non  
Échelle de somnolence Epworth : \_\_\_\_\_/24                      Métier à risque :  Oui     Non

**ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES**

- Polygraphie cardiorespiratoire du sommeil (PCRS) sans EEG via CLSC (à domicile). Acheminer cette demande au CLSC d'appartenance. Pour les usagers hospitalisés au CHUS, compléter une fiche réseau respiratoire dans le DCI Ariane.
  - Lorsque la probabilité d'apnée du sommeil est élevée et en l'absence de contre-indication
- Polysomnographie complète en laboratoire CIUSSE-CHUS Fleurimont  
Acheminer par télécopieur : 819 822-6752 ou par courriel : [labomedsommeil.chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:labomedsommeil.chus@ssss.gouv.qc.ca).  
Pour les usagers hospitalisés au CHUS, compléter une fiche réseau respiratoire dans le DCI Ariane
  - Pour usager avec comorbidités importantes (cardiomyopathie sévère, AVC avec séquelles, maladie pulmonaire sévère)
  - Lourde médication psychotrope (ou narcotiques)
  - Suspicion d'un trouble du sommeil autre que le SAHOS
 Justification OBLIGATOIRE requise pour ce test sinon une PCRS sera faite : \_\_\_\_\_
- Test itératif de latence à l'endormissement (TILE – MSLT)  
\*Consultation à la clinique du sommeil nécessaire (sauf si pneumologue ou neurologue)
- Test de maintien de l'éveil (TME)  
\*Consultation à la clinique du sommeil nécessaire (sauf si pneumologue ou neurologue)

**ÉPREUVES THÉRAPEUTIQUES** \*Une copie du résultat du test diagnostique avec la requête sont OBLIGATOIRES.

- Auto-titration PPC via CLSC (à domicile) - Indiqué en présence d'hypoxémie seulement. Dans les autres cas, une prescription d'appareil à pression positive auto-ajustable (APAP) peut être envisagé en l'absence de contre-indication (ex. Insuffisance cardiaque). Sinon, référer le patient en clinique de sommeil de pneumologie.  
Acheminer la demande au CLSC d'appartenance. Pour les usagers hospitalisés au CHUS compléter une fiche réseau respiratoire dans le DCI Ariane.
- Titration de PPC manuelle en laboratoire CIUSSE-CHUS Fleurimont  
Acheminer par télécopieur : 819 822-6752 ou par courriel : [labomedsommeil.chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:labomedsommeil.chus@ssss.gouv.qc.ca).  
Pour les usagers hospitalisés au CHUS compléter une fiche réseau respiratoire dans le DCI Ariane.  
→ Cocher si :  Échec de l'auto-titration PPC ou  Critère de comorbidité de la PSG  
Pour les cas complexes, une consultation en clinique de sommeil de pneumologie est fortement recommandée.  
\* Spécifier l'endroit où le test diagnostique a été effectué et acheminer par télécopieur : 819 822-6752 ou par courriel : [labomedsommeil.chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:labomedsommeil.chus@ssss.gouv.qc.ca).
- Oxymétrie nocturne soustraitement - Préciser paramètre(s) à domicile : \_\_\_\_\_

OPI-IH-001

<sup>1</sup> à documenter dans le DCI-CAE (ARIANE), lorsque disponible

**QUESTIONNAIRE STOP**



- |                |                |                              |                              |
|----------------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| Snore          | Ronflement     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Tired, sleepy  | Somnolence     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Observed apnea | Apnée observée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Pressure       | Hypertension   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Ann Intern Med, 1999. J Clin Anesth, 2007. Sleep Breath, 2007.

2/4 = Risque élevé

**ÉCHELLE DE SOMNOLENCE EPWORTH**

Dans les 8 situations suivantes, identifiez lesquelles comportent un risque de vous endormir dans la journée :

Veuillez choisir dans l'échelle suivante le chiffre le plus approprié à chaque situation.

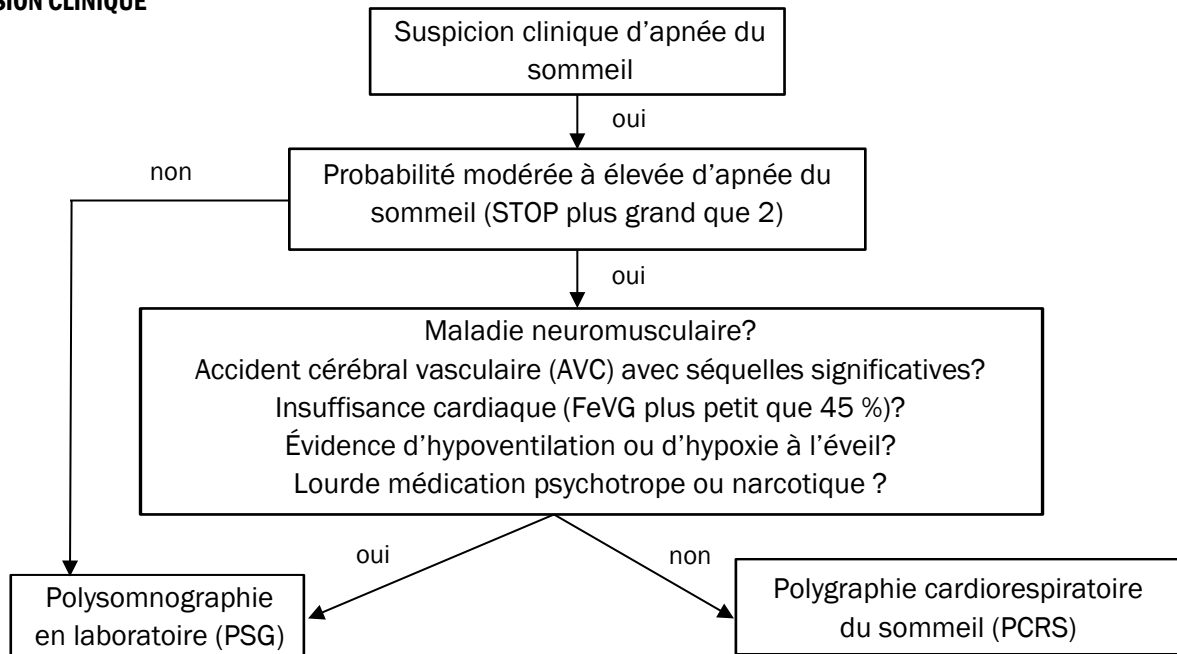
Chance de s'endormir :      0 Aucune      1 Faible      2 Moyenne      3 Forte

1. Assis en lisant \_\_\_\_\_
2. En regardant la télévision \_\_\_\_\_
3. Assis inactif en public \_\_\_\_\_
4. Comme passager en voiture pendant une heure sans arrêt \_\_\_\_\_
5. En s'allongeant pour faire la sieste l'après-midi si les circonstances le permettent \_\_\_\_\_
6. Assis et en discutant avec quelqu'un \_\_\_\_\_
7. Assis tranquillement après un repas sans alcool \_\_\_\_\_
8. Au volant de la voiture, au cours d'un arrêt de la circulation (ex. : feux rouges) \_\_\_\_\_

Sleep 1991;14(6):540-545

\_\_\_\_\_ Total /24

**AIDE À LA DÉCISION CLINIQUE**



Adapté de : Kapur et al, Journal of Clinical Sleep Medicine, Vol. 13, No. 3, 2017

**Estimation des délais**

Trouble respiratoire du sommeil suspecté ou traité **ET** Hypersomnolence diurne sévère **OU** Epworth ≥ 15 **OU** Index de désaturation ≥ 30/h.:

- Avec métier à risque ou somnolence au volant      Moins de 1 mois

- Sans métier à risque ou somnolence au volant      Moins de 3 mois

Apnée du sommeil suspecté ou réévaluation de traitement      Moins de 12 mois (Femme enceinte < 1 mois)

\*Les délais peuvent varier selon le nombre de demandes. Les médecins responsables de la clinique du sommeil peuvent modifier la priorisation ou l'épreuve demandée selon les informations fournies par le médecin demandeur.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Nom en caractère d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
N° de permis

\_\_\_\_\_  
Date