



Downloadable forms at
www.sleeptherapeutics.ca

Sleep Disorder Referral Form

Patient Name: _____

Phone: _____ DOB: _____

- Level III Sleep Study, CPAP/APAP/Bilevel therapy if indicated
- Sleep Consult, Level III sleep study
- Existing CPAP patient requiring follow up care
- CBT for Primary **Insomnia**
- New Positional Therapy
- Registered Dietitian Consult
- Shift Work Consult

Additional Information:

Doctor / Practitioner (print): _____

Signature: _____

Phone: _____ Fax: _____ Date: _____

Fax Referral To:

■ **Saint John Clinic**
Fax: 506.642.8172
Phone: 506.642.0116

■ **Fredericton Clinic**
Fax: 506.457.0442
Phone: 506.457.9605

■ **Woodstock/Tobique Clinic**
Fax: 506.328.2223
Phone: 506.328.2222

■ **Charlotte County Clinic**
Fax: 506.466.3084
Phone: 506.466.9255

■ **Beresford Clinic**
Fax: 506.542.2932
Phone: 506.542.2852

■ **Dieppe Clinic**
Fax: 506.268.2790
Phone: 506.229.3000



Convenient online patient care available

TELE SLEEP
A SECURE TELEHEALTH PLATFORM

STOP-Bang Scoring Model: A Tool to Screen Obstructive Sleep Apnea
Un outil pour dépister l'Apnée obstructive du sommeil

Name / Nom: _____

1. Ronflement

Est-ce que vous ronflez fort (plus fort que vous parlez ou assez fort pour être entendu derrière une porte fermée)?
Oui Non

2. Fatigue

Vous sentez-vous souvent fatigué ou somnolent le jour?
Oui Non

3. Observation

Quelqu'un a-t-il déjà remarqué que vous cessiez de respirer durant vos sommeil? Oui Non

4. Tension artérielle

Souffrez-vous ou êtes-vous traité pour tension artérielle élevée? Oui Non

5. Indice de masse corporelle

IMC plus de 35 kg / m²?
Oui Non

6. Age

Plus de 50 ans?
Oui Non

7. Circonférence du cou

Tour de cou supérieur à 40 cm / 16 pouces? Oui Non

8. Sexe

Genre-masculin? Oui Non

1. Snoring

Do you Snore loudly (louder than talking or loud enough to be heard through closed doors)? Yes No

2. Tired

Do you often feel Tired, fatigued or sleepy during daytime? Yes No

3. Observed

Has anyone Observed you stopping breathing during your sleep? Yes No

4. Blood Pressure

Do you have or are you being treated for high blood pressure? Yes No

5. Body Mass Index

BMI more than 35 kg/m²?
Yes No

6. Age

Age over 50 years old?
Yes No

7. Neck circumference

Neck circumference greater than 40cm / 16 in? Yes No

8. Gender

Gender-male? Yes No

TOTAL: _____

High risk of OSA - 'yes' to three or more items
Risque élevé pour l'AOS - «oui» à trois questions ou plus
Low risk of OSA - 'yes' to less than three items
Risque élevé pour l'AOS - «oui» à trois questions ou plus

Chung, F., Yegneswaran, B., Liao, P., Chung, S. A., Vairavanathan, S., Islam, S., Khajehdehi, A., and Shapiro, C. M. STOP Questionnaire A Tool to Screen Obstructive Sleep Apnea. Anesthesiology 108, 812-821. 2008.