



Downloadable forms at
www.sleeptherapeutics.ca

Sleep Disorder Referral Form Formulaire de référence sur les troubles du sommeil

Patient Name:
Nom du patient: _____

Phone: _____ Date of Birth: _____
Téléphone: _____ Date de naissance: _____

- Level III / PAT Sleep Study, CPAP/
APAP/Bilevel therapy if indicated /
Étude du sommeil Niveau III
Thérapie CPAP si indiquée
- Existing CPAP patient
requiring follow up care /
Client présentement sous
thérapie CPAP
(nécessitant un suivi)
- Sleep Consult, Level III /
PAT sleep study /
Consultation sur le sommeil
Étude du sommeil Niveau III
- CBT for Primary Insomnia /
Thérapie comportementale
cognitive pour insomnie
primaire
- Positional Therapy /
Thérapie positionnelle

Additional Information: / Information additionnelle:

Doctor / Practitioner (print): / Médecin / Praticien (en caractères d'imprimerie):

Signature: _____

Phone: _____ Fax: _____
Téléphone: _____ Télécopieur: _____ Date: _____

Fax Referral To:

- Saint John Clinic
Clinique de Saint John
Fax / Téléc.: 506.642.8172
Phone / Tél.: 506.642.0116
- Fredericton Clinic
Clinique de Fredericton
Fax / Téléc.: 506.457.0442
Phone / Tél.: 506.457.9605
- Charlotte County Clinic
Clinique de Charlotte County
Fax / Téléc.: 506.466.3084
Phone / Tél.: 506.466.9255
- Beresford Clinic
Clinique de Beresford
Fax / Téléc.: 506.542.2932
Phone / Tél.: 506.542.2852
- Woodstock/Tobique Clinic
Clinique de Woodstock/Tobique
Fax / Téléc.: 506.328.2223
Phone / Tél.: 506.328.2222
- Moncton Clinic
Clinique de Moncton
Fax / Téléc.: 506.268.2790
Phone / Tél.: 506.854-7937



TELESLEEP
A SECURE TELEHEALTH PLATFORM

Convenient online patient care available
Suivi en ligne disponible pour les patients

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 votresommeil? 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.