



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: \_\_\_\_\_

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

■ **Sussex Clinic**  
Clinique de Sussex  
Fax / Téléc.: 506.389.6650  
Phone / Tél.: 506.560.1564

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



**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 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 / m<sup>2</sup>?  
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/m<sup>2</sup>?  
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**