



Ordonnance en soins du sommeil - Dentiste

| Patient | | Requérant | |
|---------------|------------------|--|--|
| Nom et prénom | | Nom et prénom du dentiste | |
| Adresse | | No. permis | |
| Ville | Code postal | ESTAMPE | |
| Téléphone | | | |
| Sexe | DDN (aaaa/mm/jj) | | |
| | | Signature manuscrite ou électronique du dentiste OBLIGATOIRE Date | |

Le patient est candidat à l'orthèse d'avancement mandibulaire (OAM) (En accord avec les recommandations de l'AASM¹)

Faire l'envoi d'une copie de l'examen au médecin :

Nom et prénom

Clinique

Renseignements cliniques

- Ronflement
 Échec chirurgical
 Autre ou indications justifiant la PSG: _____
- Suspicion AOS
 Intolérance à la PPC

Adulte | Étude du sommeil et consultation médicale en pneumologie

- Test de sommeil à domicile et consultation
 Avec OAM
- Polysomnographie et consultation
 Avec OAM
 Avec montage bruxisme
- Consultation médicale en pneumologie

Pédiatrique | Étude du sommeil (en laboratoire) et consultation médicale en pneumologie

- Polysomnographie (PSG) et consultation
- Consultation médicale en pneumologie

La consultation avec un pneumologue suivant l'étude diagnostique est couverte par la RAMQ.

¹AASM : America Academy of Sleep Medicine

**TOUS LES TESTS SONT INTERPRÉTÉS PAR DES PNEUMOLOGUES
MEMBRES DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC.**

Directeur médical : Dr Pierre Mayer

