

## Ordonnance en soins du sommeil - Dentiste

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

Le patient est candidat à l'orthèse d'avancement mandibulaire (OAM) (En accord avec les recommandations de l'AASM<sup>1</sup>)

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

\_\_\_\_\_

Nom et prénom

\_\_\_\_\_

Clinique

Renseignements cliniques		
<input type="checkbox"/> Ronflement	<input type="checkbox"/> Échec chirurgical	<input type="checkbox"/> Autre ou indications justifiant la PSG:
<input type="checkbox"/> Suspicion AOS	<input type="checkbox"/> Intolérance à la PPC	_____
Adulte   Étude du sommeil et consultation médicale en pneumologie		
<input type="checkbox"/> Test de sommeil à domicile et consultation	<input type="checkbox"/> Avec OAM	
<input type="checkbox"/> Polysomnographie et consultation	<input type="checkbox"/> Avec OAM	<input type="checkbox"/> Avec montage bruxisme
<input type="checkbox"/> Consultation médicale en pneumologie		
Pédiatrique   Étude du sommeil (en laboratoire) et consultation médicale en pneumologie		
<input type="checkbox"/> Polysomnographie (PSG) et consultation		
<input type="checkbox"/> Consultation médicale en pneumologie		

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

<sup>1</sup>AASM : 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

