

## 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

- Ronflement       Échec chirurgical       Autre : \_\_\_\_\_  
 Suspicion AOS       Intolérance à la PPC

### Adulte | Étude du sommeil (à domicile) et consultation médicale en pneumologie

- Polygraphie cardiorespiratoire du sommeil (PCRS) et consultation       Avec OAM  
 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.

<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

