

# ORDONNANCE

## Dépistage de l'apnée du sommeil

### Renseignements sur le patient

Nom : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

« Afin de se conformer au Guide de pratique du Collège des médecins du Québec et à l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, Thérapie CPAP Outaouais est désormais agréée avec Agrément Canada et les polygraphies cardiorespiratoires du sommeil (PCRS) sont « scorées » et interprétées par les Cliniques Somnos, sous la direction médicale de D<sup>re</sup> Julie Plante, pneumologue et spécialiste du sommeil. »

CliniqueTCO

THÉRAPIE CPAP OUTAOUAIS  
« Pour mieux respirer la nuit »



### CONTACTEZ-NOUS

N° de téléphone : 819-778-3748  
N° de télécopieur : 819-778-1904

Site Web : therapiecpapoutaouais.com  
Courriel : info@therapiecpapoutaouais.com

### ÉVALUATION

- Ronflement
- Pauses respiratoires de plus de 10 secondes
- Fatigue diurne
- Polyurie nocturne
- Étouffement la nuit
- Circonférence du cou de plus de 41 cm chez les femmes et plus de 43 cm chez les hommes
- Hypertension artérielle
- Céphalée matinale
- Échelle de somnolence Epworth → plus de 10/24 (voir verso)
- Sommeil non réparateur
- Dépression
- Fatigue lors de la conduite en voiture

Autre : \_\_\_\_\_

### EXAMEN/TRAITEMENT

- Polygraphie cardiorespiratoire du sommeil (PCRS) et prise en charge par un pneumologue (consultation facturée à la RAMQ)
  - Polygraphie cardiorespiratoire du sommeil (PCRS) et prise en charge par le médecin référent
  - Consultation en pneumologie (facturée à la RAMQ)
  - Autotitration CPAP avec prise en charge par un pneumologue
  - Autotitration CPAP avec prise en charge par le médecin référent
- Importants outils d'aide, au verso, à remplir :**
- Échelle de somnolence Epworth
  - Questionnaire STOP-Bang

. À noter : Des frais peuvent être facturés en cas d'annulation de rendez-vous à l'intérieur de 24 heures et/ou lors du non-respect d'un rendez-vous.

**CONSENTEMENT :** Je consens à la mise sous traitement rapide qui permet de traiter mon apnée du sommeil plus rapidement, mais je peux revoir mon médecin traitant si je le juge nécessaire pendant cette démarche.

Signature du patient : X \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

### MÉDECIN REQUÉRANT

**ÉTAMPE**, si nécessaire

Nom de la clinique : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Permis : \_\_\_\_\_

Signature du médecin « obligatoire » : \_\_\_\_\_ N° de fax : \_\_\_\_\_

## ÉCHELLE DE SOMNOLENCE EPWORTH

## QUESTIONNAIRE STOP-Bang

**Quelle est la probabilité de vous assoupir ou de vous endormir (non passivement une fatigue) dans les conditions suivantes?**

Utilisez l'échelle ci-dessous pour indiquer le degré le plus approprié pour chaque situation :

**0** = Aucun risque de s'assoupir  
**1** = Petite chance de s'assoupir  
**2** = Possibilité moyenne de s'assoupir  
**3** = Grande chance de s'assoupir

Assis en lisant	
En regardant la télévision	
Assis inactif en public (au cinéma ou à une réunion)	
Comme passager en voiture pendant une heure sans arrêt	
En s'allongeant pour faire une sieste l'après-midi si les circonstances le permettent	
Assis et en discutant avec quelqu'un	
Assis tranquillement après un repas sans alcool	
Au volant après quelques minutes lors d'un embouteillage	
<b>Total :</b>	<b>/24</b>

**Critères de cotation pour la population générale**

0-2 « Oui » = **Faible risque d'AOS**  
 3-4 « Oui » = **Risque moyen d'AOS**  
 5-8 « Oui » = **Risque élevé d'AOS**

**ou** « Oui » à au moins 2 des 4 premières questions + sexe masculin  
**ou** « Oui » à au moins 2 des 4 premières questions + IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>  
**ou** « Oui » à au moins 2 des 4 premières questions + tour de cou (43 cm chez l'homme et 41 cm chez la femme)

	Oui	Non
<b>Ronflement? Ronflez-vous fort</b> (suffisamment fort pour qu'on vous entende à travers une porte fermée ou que votre partenaire vous donne des coups de coude parce que vous ronflez la nuit?)		
<b>Fatigue?</b> Vous sentez-vous souvent <b>fatigué(e), épuisé(e)</b> ou <b>somnolent(e)</b> pendant la journée (p. ex., s'endormir au volant)?		
<b>Observation?</b> Quelqu'un a-t-il <b>observé</b> que vous <b>arrêtez de respirer</b> ou que vous <b>vous étouffiez/suffoquiez</b> pendant votre sommeil?		
<b>Tension?</b> Êtes-vous atteint(e) d' <b>hypertension artérielle</b> ou êtes-vous <b>traité(e)</b> pour ce problème?		
<b>Indice de masse corporelle supérieur à 35 kg/m<sup>2</sup>?</b>		
<b>Âge supérieur à 50 ans?</b>		
<b>Tour de cou important (mesuré au niveau de la pomme d'Adam)?</b> Homme : est-il supérieur ou égal à 43 cm? Femme : est-il supérieur ou égal à 41 cm?		
<b>Sexe – masculin?</b>		

Pour plus d'information : [www.stopbang.ca](http://www.stopbang.ca)

[www.therapieCPAPoutaouais.com](http://www.therapieCPAPoutaouais.com)



**Thérapie CPAP Outaouais** (secteur Hull)  
 28, boul. Mont-Bleu, bureau 203  
 Gatineau (Québec) J8Z 1J1

Consultez la carte pour vous y rendre  
 Stationnement gratuit

Pour toute question ou demande de renseignements,  
 veuillez nous contacter au **819-778-3748** -- Fax : **819-778-1904**