VitalAire Home Healthcare

ACCREDITED WITH EXEMPLARY STANDING
ACCREDITATION AGRÉMENT CANADA

Patient's Label

SLEEP AND RESPIRATORY REFERRAL

FAX TO 1 866-489-0202 or PHONE 1 800 561-2473

www.vitalaire.ca

Patient information

Last Name:	First Name:	☐ Male ☐ Female
Address:		
City:	Postal Code:	DOB: MM/DD/YYYY
Phone:	HC#	
Alternate Contact Name:	Contact Phone:	
Diagnosis:		

Sleep Apnea Testing and Treatment

DIAGNOSTICS

☐ Level 3 Sleep Study

Once study scored by sleep technologist (RPSGT) and interpretation done by sleep specialist, proceed with treatment based on positive study.

TREATMENT

☐ CPAP/APAP/BiLevel

STOP BANG QUESTIONNAIRE:

☐ **S**noring - loud and disruptive
☐ **T**ired - Excessive daytime sleepiness
☐ **O**bserved - Breathing pauses of choking/gasping during sleep
☐ **P**ressure - Treated for High Blood Pressure
☐ **B**ody Mass Index > 35kg/m2
☐ **A**ge older than 50
☐ **N**eck size (>17" for men OR >16" for women)
☐ **G**ender = male

Comorbidities

☐ Hypertension
☐ Diabetes
☐ Metabolic Syndrome
☐ CHF
☐ Other

Home Oxygen Therapy

☐ Home Oxygen Assessment ☐ Overnight Oximetry ☐ Blood Gas (not available in all areas)

PRESCRIPTION

Special Instructions

☐ I have obtained written consent from the patient agreeing to the collection, use and disclosure of his/her information to VitalAire Canada Inc.

Physician/Referrer Name: _____

Physician Signature: (required) _____

Date: MM/DD/YYYY _____

Clinic Stamp

VitalAire Santé à Domicile

ACCREDITED WITH EXEMPLARY STANDING
ACCREDITATION AGRÉMENT CANADA

Etiquette Patient

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EN SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE

TÉLÉCOPIE 1 866-489-0202 OU TÉLÉPHONE 1 800 561-2473

www.vitalaire.ca

Coordonnées du patient

Nom de famille : Prenom : ☐ Homme ☐ Femme

Adresse :

Ville : Code postal : Date de naissance: MM/DD/YYYY

Téléphone : Carte assurance maladie :

Contact - Nom : Contact - Téléphone :

Diagnostic :

Dépistage et traitement de l'apnée du sommeil

DIAGNOSTIC

☐ Etude du sommeil, niveau 3

Une fois l'étude notée par le technologue autorisé en polysomnographie et l'interprétation effectuée par le spécialiste du sommeil, procéder avec un traitement basé sur les résultats positifs de l'étude

TRAITEMENT

☐ CPAP/APAP/BiLevel

QUESTIONNAIRE STOP BANG:

☐ **S**noring - Ronflements forts et dérangeants
☐ **T**ired - Fatigue excessive et somnolence durant la journée
☐ **O**bserved - Pause de respiration durant votre sommeil
☐ **P**ressure - Atteint d'hypertension artérielle
☐ **B**ody Mass Index - Indice de Masse Corporelle > 35kg/m2
☐ **Â**ge Supérieur à 50
☐ **N**eck size - Tour de cou important (>17" pour les hommes OU >16" pour les femmes)
☐ **G**enre = masculin

Comorbidités :

☐ Hypertension
☐ Diabetes
☐ Syndrome métabolique
☐ Insuffisance cardiaque congestive
☐ Autre

Oxygénothérapie à domicile

☐ Évaluation des besoins en oxygène: ☐ Oxymétrie d'une nuit ☐ Gaz sanguin (non disponible dans toutes les régions)

PRESCRIPTION :

Instructions spéciales

☐ J'ai reçu du patient son consentement écrit pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de ses informations personnelles à VitalAire Canada.

Nom du médecin/professionnel : _____

Signature du médecin/professionnel : (required) _____

Date : MM/DD/YYYY _____

Tampon de la clinique