



Patient's Label

SLEEP AND RESPIRATORY REFERRAL

FAX TO 1 866-489-0202 or PHONE 1 800-664-6410
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

<p>STOP BANG QUESTIONNAIRE:</p> <p><input type="checkbox"/> Snoring - loud and disruptive</p> <p><input type="checkbox"/> Tired - Excessive daytime sleepiness</p> <p><input type="checkbox"/> Observed - Breathing pauses of choking/gasping during sleep</p> <p><input type="checkbox"/> Pressure - Treated for High Blood Pressure</p> <p><input type="checkbox"/> Body Mass Index > 35kg/m²</p> <p><input type="checkbox"/> Age older than 50</p> <p><input type="checkbox"/> Neck size (>17" for men OR >16" for women)</p> <p><input type="checkbox"/> Gender = male</p>	<p>Comorbidities</p> <p><input type="checkbox"/> Hypertension</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Metabolic Syndrome</p> <p><input type="checkbox"/> CHF</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>
---	--

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



Etiquette Patient

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EN SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE

TÉLÉCOPIE 1 866-489-0202 OU TÉLÉPHONE 1 800-664-6410

www.vitalaire.ca

Coordonnées du patient

Nom de famille :	Prenom :	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> 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

TREATMENT

CPAP/APAP/BiLevel

QUESTIONNAIRE STOP BANG:

- Snoring - Ronflements forts et dérangeants
- Tired - Fatigue excessive et somnolence durant la journée
- Observed - Pause de respiration durant votre sommeil
- Pressure - Atteint d'hypertension artérielle
- Body Mass Index - Indice de Masse Corporelle > 35kg/m2
- Age Supérieur à 50
- Neck size - Tour de cou important (>17" pour les hommes OU >16" pour les femmes)
- Genre = 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