



Fiche de référencement Apnée du sommeil

*Vous pourriez aussi remplir en ligne au
consultationsamcare.com/formulaires*

Nom du patient : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

RAMQ : _____ Exp : _____

Date de naissance : _____ Taille : _____ Poids : _____

Occupation : _____

Antécédents personnels : _____

Médicaments : _____

Activités sportives : _____

Symptômes : Somnolence diurne Sauts d'humeur / irritabilité
 Fatigue et manque d'énergie Diminution de la libido
 Maux de tête Éveils fréquents pendant la nuit
 Diminution de la concentration

Signes : Ronflements la nuit Apnées / pauses respiratoires

Évaluation de _____
l'inhalothérapeute : _____

Date : _____