



DEMANDE D'EXPLORATION DU SOMMEIL pour unité de sommeil,

Nom : Prénom : Date de naissance :
Poids : Taille : Profession :

Plainte principale concernant le sommeil (insomnie, apnées, somnolence, autre)

Consultations précédentes en médecine du sommeil :

Merci de joindre les résultats des examens déjà pratiqués ou CR de consultation. Antécédents médico-chirurgicaux :

Antécédents psychiatriques :

Traitement actuel :

Régime nutritionnel/ allergies

Symptômes en lien avec le sommeil :

Table with 2 columns: Symptom, checkbox. Rows include Ronflements, Nycturie, Sueurs nocturnes, Sensation de suffocation dans le sommeil, Difficultés à s'endormir, Eveils la nuit avec difficultés à se réendormir, Réveils précoces, Impatiences et / ou coups de pieds au conjoint.

Autre :

Retentissement diurne :

Table with 2 columns: Symptom, checkbox. Rows include Somnolence, Céphalées matinales, Fatigue au lever, Trouble cognitif: mémoire, attention, concentration, brouillard mental, troubles de l'humeur, irritabilité?

Horaires de sommeil habituels en semaine

Table with 4 columns: Coucher, endormissement, Eveil(s), Lever

Et le week-end ou en vacances

Table with 4 columns: Coucher, endormissement, Eveil(s), Lever

Le patient a-t-il donné son consentement pour réaliser cet examen? [] OUI

Merci de joindre à la demande un questionnaire du sommeil rempli par le patient : Questionnaire sommeil du réseau Morphée (reseau-morphee.fr)

Et adresser le tout à admission-us.meyzieu@emeis.com

Ou par voie postale : Unité de sommeil, Clinique Lyon Lumière, 33 bis rue du 8 mai, 69330 Meyzieu.



Clinique Lyon Lumière, Meyzieu.

Date de la demande :
demandeur :

Nom et signature du médecin

Demande validée le

Par

Polygraphie ventilatoire

Polysomnographie

consultation

Date de RDV fixée le