



**Service de Médecine du Sommeil**

Groupement Hospitalier Nord

HOPITAL DE LA CROIX-ROUSSE

103, Grand-Rue de la Croix-Rousse – 69317 LYON CEDEX 04

Tél. **04.72.07.19.29** – Fax : **04.72.07.28.08**

**Demande d'examen diagnostique du sommeil**

**Demande à remplir par votre médecin et à transmettre lors de la prise de RV en ligne via myHCL ou par courrier**

Si la demande concerne des apnées du sommeil et que vous résidez dans les communes de l'Ouest Lyonnais : pour raccourcir le délai de prise en charge merci d'envoyer préférentiellement cette demande à l'hôpital de Sainte-Foy-Lès-Lyon (équipe partagée avec le service du sommeil des HCL) (ne pas envoyer 2 demandes !) : [sommeil@ch-fidesien.fr](mailto:sommeil@ch-fidesien.fr)

Nom Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../..... Adresse : ..... Téléphone : ..... Mail : ..... Situation familiale : ..... Profession : ..... Travail de nuit /posté <input type="checkbox"/> Conducteur professionnel ou poste de sécurité <input type="checkbox"/>	<b>TAMPON DU MEDECIN</b>
--	--------------------------

**Motif de la demande**

- Suspicion d'apnées du sommeil
- Suspicion d'hypersomnie/narcolepsie
- Suspicion de parasomnie (sommambulisme, troubles du comportement en sommeil paradoxal etc.)
- Suspicion d'insomnie
- Suspicion de troubles moteurs liés au sommeil (syndrome des jambes sans repos etc.)
- Suspicion de troubles du rythme veille/sommeil
- Autre : .....

**Type de demande**

- Consultation
- Enregistrement

**Principaux symptômes présents :**

- |  |   |
|--|---|
| Somnolence <input type="checkbox"/>                              | Syndrome des jambes sans repos <input type="checkbox"/>               |
| Somnolence au volant ou accident récent <input type="checkbox"/> | Cataplexies <input type="checkbox"/>                                  |
| Ronflements <input type="checkbox"/>                             | Irritabilité, anxiété <input type="checkbox"/>                        |
| Nycturie (>1 miction/nuit) <input type="checkbox"/>              | Troubles attentionnels <input type="checkbox"/>                       |
| Céphalées au réveil <input type="checkbox"/>                     | Hallucinations/paralysies liées au sommeil <input type="checkbox"/>   |
| Insomnie <input type="checkbox"/>                                | Si lycéen/étudiant : répercussions scolaires <input type="checkbox"/> |
| Agitation au cours du sommeil <input type="checkbox"/>           | Autres : .....  |
| Si agitation : comportements violents <input type="checkbox"/>   |   |

**Si polygraphie effectuée :** IAH : ..... Index de désaturations : .... % évènements centraux : .....

**Le patient a-t-il déjà un appareil respiratoire à domicile (PPC ou VNI ou oxygène) :**

**Antécédents médicaux :**

- |   |  |
|---|--|
| - Hypertension artérielle <input type="checkbox"/>  | - Tabagisme actif ou sévère < 5 ans <input type="checkbox"/> |
| - Coronaropathie, AVC <input type="checkbox"/>  | - Épilepsie <input type="checkbox"/>                         |
| - IMC >25 <input type="checkbox"/> >30 <input type="checkbox"/> >35 <input type="checkbox"/> >40 <input type="checkbox"/> | - Maladie de Parkinson <input type="checkbox"/>              |
| - Diabète <input type="checkbox"/>  | - Dépression, anxiété <input type="checkbox"/>               |
| - Insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/>  | - Syndrome douloureux chronique <input type="checkbox"/>     |
| - Insuffisance respiratoire, BPCO, asthme <input type="checkbox"/>  | - Troubles cognitifs <input type="checkbox"/>                |
| - Autre(s) antécédents et précisions : .....  |  |

**Traitements en cours :** .....