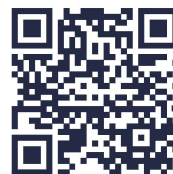




Maritime Sleep Clinic
& respiratory services



▶ **SCAN** for
fillable form

New Brunswick's leader in Sleep

▶ **NO FEE** Home Sleep Study
▶ **NO FEE** 30-Day CPAP Titration



Name _____ DOB _____

Address _____

Tel Home _____ Work _____ Cell _____

Medicare _____

Reason for referral _____



Sleep Apnea Evaluation | Therapy

Level 3 Sleep Study

Level 3 Sleep Study with:

- 30 day CPAP/APAP titration (if study positive)
- Long term use if symptoms & AHI are corrected
- SpO2 with therapy PRN

30 Day CPAP/APAP Titration

CPAP Replacement

Review Current Therapy

Other _____

Symptoms Presented:

Snoring
Observed Apneas
Excessive Daytime Fatigue
Morning Headaches
Acid Reflux
Brain Fog / Memory Loss
Frequent Nocturnal Urination

Known Medical History of:

Hypertension
Diabetes
Heart Failure (CHF)
Atrial Fibrillation
Anxiety / Depression
COPD
BMI > 30

Ventilation

BiLevel _____

Home Oxygen

O2 _____ lpm

Portable concentrator _____ lpm

Other _____

Prescriber _____ Date _____
SIGNATURE



■ BATHURST

T 1.506.548.2288
F 1.506.548.2289
bathurst@mscrs.ca

■ CAMPBELLTON

T 1.506.753.4114
F 1.506.753.4111
campbellton@mscrs.ca

■ TRACADIE-SHEILA

T 1.506.395.2244
F 1.506.395.2242
tracadie@mscrs.ca

■ CARAQUET

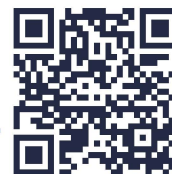
T 1.506.395.2244
F 1.506.395.2242
tracadie@mscrs.ca

■ MIRAMICHI

T 1.506.773.7622
F 1.506.773.7624
miramichi@mscrs.ca



Clinique du Sommeil
des Maritimes et services respiratoires



▶ **SCANNEZ**
pour
formulaire
à remplir

Votre leader en Sommeil au Nouveau-Brunswick

▶ Étude de sommeil à domicile **GRATUIT**
▶ Titration CPAP de 30 jours **GRATUIT**



Nom _____ DDN J / M / A

Adresse _____

Tél Maison _____ Travail _____ Cell _____

Assurance Maladie _____

Raison de référence _____



Évaluation Apnée du Sommeil | Thérapie

Étude de Sommeil Niveau 3

Étude de Sommeil Niveau 3 avec :

- Titration CPAP/APAP de 30 jours (si étude positive)
- Traitement long terme si symptômes et AHI sont corrigés
- SpO2 avec thérapie PRN

Titration CPAP/APAP de 30 jours

Remplacement de CPAP

Revoir/Réévaluer la thérapie actuelle

Autre _____

Symptômes présentés :

- Ronflement
- Apnées observées
- Fatigue excessive pendant la journée
- Maux de tête le matin
- Reflux gastrique
- Brouillard cérébral / Perte de mémoire
- Urination nocturne fréquente

Historique médical :

- Hypertension
- Diabète
- Insuffisance cardiaque
- Fibrillation auriculaire
- Anxiété / Dépression
- MPOC
- IMC > 30

Ventilation

BiLevel _____

Oxygène à domicile

O2 _____ lpm

Concentrateur portatif _____ lpm

Autre _____

Prescripteur _____ Date _____
SIGNATURE



■ BATHURST

T 1.506.548.2288
F 1.506.548.2289
bathurst@mscrs.ca

■ CAMPBELLTON

T 1.506.753.4114
F 1.506.753.4111
campbellton@mscrs.ca

■ TRACADIE-SHEILA

T 1.506.395.2244
F 1.506.395.2242
tracadie@mscrs.ca

■ CARAQUET

T 1.506.395.2244
F 1.506.395.2242
tracadie@mscrs.ca

■ MIRAMICHI

T 1.506.773.7622
F 1.506.773.7624
miramichi@mscrs.ca