



Maritime Sleep Clinic
& respiratory services



▶ **SCAN** for
fillable form

Prince Edward Island's leader in sleep.

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



Name _____ DOB **D / M / Y** _____

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 _____

Titrate as per RT

Prescriber _____ Date _____
SIGNATURE



■ CHARLOTTETOWN

T 1.902.620.7667
F 1.844.677.7247
charlottetown@mscrs.ca

■ SUMMERSIDE

T 1.902.609.7060
F 1.844.677.7247
summerside@mscrs.ca



Clinique du Sommeil
des Maritimes et services respiratoires



▶ **SCANNEZ**
pour
formulaire
à remplir

Votre leader en Sommeil à L'Île-du-Prince-Édouard

▶ 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 _____

Titration selon RT

Prescripteur _____ Date _____
SIGNATURE



■ CHARLOTTETOWN

T 1.902.620.7667
F 1.844.677.7247
charlottetown@mscrs.ca

■ SUMMERSIDE

T 1.902.609.7060
F 1.844.677.7247
summerside@mscrs.ca