



Demande d'examen/consultation

Merci de cocher le ou les examen(s) voulu(s)

Nom/Prénom: _____ Né(e) : _____
(en majuscule svp)

Rue : _____

CP/Ville : _____ Poids/Taille : _____

Tél fixe : _____ Tél portable : _____

E-mail : _____

	Actimétrie Estimation du temps de sommeil et de veille durant 14, 21 ou 28 jours
	Polygraphie respiratoire nocturne Examen ambulatoire que le patient effectue à son domicile – recherche SAOS
	Polysomnographie Examen effectué dans notre centre du sommeil durant la nuit
	Consilium
	Test de vigilance - Test Itératif de latence à l'Endormissement (TILE) - Test de Maintien de l'Eveil (TME)

Motif de la demande et traitement en cours

Rendez-vous pour résultats ☐ Médecin envoyeur

☐ Dre Coeytaux

Nom du médecin envoyeur : _____

Tél : _____ Fax : _____ Mail : _____

Dr Alessandra COEYTAUX JACKSON - Tél : 022 552 28 10

Demande à renvoyer par fax au 022 736 35 42 ou par mail à sommeilsante@hin.ch

Tous les examens sont remboursés par l'assurance médicale de base (Lamal)