

Demande d'examen/consultation

Dre Alessandra Coeytaux Jackson – F. 022 736 35 42 – sommeilsanté@hin.ch



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

Rue : _____ CP-ville : _____

Tél. : _____ portable : _____ Email : _____

Poids : _____ Taille : _____

	Actimétrie estimation du temps de sommeil et de veille durant 15 jours
	Polygraphie respiratoire nocturne examen ambulatoire que le patient effectue à son domicile – recherche SAOS
	Polysomnographie examen effectué dans un centre du sommeil pendant la nuit
	Consilium
	*Test de vigilance - Test Itératif de Latence à l'Endormissement (TILE) - Test de Maintien de l'Eveil (TME) *Ces examens nécessitent un contact préalable avec la Dre Alessandra Coeytaux

Pour les polygraphies, l'appareil devra impérativement être restitué le lendemain matin entre 8h30 et 10h

Motif de la demande et traitement en cours

Rdv pour résultats? Médecin référent Dre Coeytaux

Nom du médecin référent : _____

Tél : _____ Fax : _____ mail : _____

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