

**DEMANDE DE POLYGRAPHIE AMBULATOIRE**

**Prise de RDV :**

- directement à la pharmacie de la Vallée de l'Ouche pour MAPA de la Vallée
- Ou 03 73 27 54 33 en tapant 3

**OXYMETRE**

**POLYGRAPHIE**

**Date de la demande : .....**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Sexe :  F

H

Poids : .....

Taille : .....

IMC : .....

Tour de cou : .....

Tabagisme actif :  oui – nb par jours : .....

non

Consommations d'alcool :  non  1 à 7 verres par semaine  8 à 14 verres par semaine  > 14 verres

Antécédents notables :  HTA réfractaire  AVC ou AIT  cardiopathie avec FEVG altérée ≤ 50%

Motif principal de la demande : .....

Symptômes déclarés par le patient :

Pauses respiratoires

ronflements

troubles de la libido

sifflements

asthénie chronique

troubles neuropsychologiques

sommeil de mauvaise qualité

nycturie

AVC / AIT

IMC > 30

toux nocturne

somnolence diurne

HTA

arythmie

troubles de la mémoire ou de concentration

AVP par somnolence ou d'origine non expliquée

autres : .....

Traitement(s) :

.....  
.....

**Cachet**

**Signature**