Neurocentro della Svizzera Italiana
Neurologia

Richiesta prestazioni centro di medicina del sonno

NB: il tipo e la modalità di esecuzione dell'esame saranno definiti sulla base delle informazioni fornite per meglio rispondere al quesito clinico.
In caso di richiesta di video-polisonnografia, potrà essere programmata una valutazione da parte di un medico del centro del sonno, secondo le direttive della Schweizerische Gesellshaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie. Se non segnato diversamente la visita viene effettuata.

❑ **VISITA/presa a carico** ❑ **Solo esame strumentale (senza visita)**

❑ **Video-polisonnografia** ❑ montaggio standard ❑ montaggio parasonnia ❑ montaggio epilessia ❑ titolazione manuale di ventiloterapia	**Test di vigilanza:** ❑ MSLT ❑ MWT
	❑ **Video-polisonnografia diurna breve (NAP)** ❑ **Video-polisonnografia dopo privazione di sonno**
❑ **CPAP probatoria**	**Actigrafia posizionale (Night-Shift™):** ❑ diagnostica ❑ terapeutica
❑ **Poligrafia respiratoria** ❑ **Poligrafia + CO2/Bariatrici** ❑ **Ossimetria/ApneaLink™** ❑ **Capnografia transcutanea** ❑ **Capnografia domiciliare (end tidal)**	❑ **Actigrafia**
	❑ **Dosaggio salivare di melatonina** ❑ **Luce-terapia**

DATI PAZIENTE

Cognome e nome: .....

Data di nascita: .....

Indirizzo: .....

Telefono: .....

ETICHETTA PAZIENTE

❑ AMB, da convocare
❑ Visita in Day Hospital il ..... / ..... / .....ore:…… (previo accordo telefonico con il S. di Neurologia)
❑ DEG (piano, camera): ..... classe ❑ privata ❑ semiprivata ❑ comune
Grado di disabilità: ❑ autonomo ❑ parzialmente autonomo ❑ non autonomo ❑ ***isolamento***

DATI CLINICI / INDICAZIONE / SOSPETTO DIAGNOSTICO

……

……

……

……

……

……

Terapia domiciliare/medicamentosa

……

……

……

……

***Specificare se*:** ☐ apnee testimoniate ☐ obesità ☐ sonnolenza diurna
☐ russamento ☐ nicturia ☐ paziente in ventiloterapia notturna

Data.....

Richiedente (indirizzo completo, n° tel.)……..

Copia a (indirizzo completo)…….....

Richieste interne: inviare la richiesta via e-mail o consegnarla al segretariato di neurologia, NSI (1. piano)
Richiesta esterne: inviare la richiesta via email (seguendo il link oppure via mail centrosonno@eoc.ch) oppure via fax al n° 091/811 69 15

Parte riservata al centro medicina del sonno **invia per e-mail**

Annotazioni tecniche:

……