



SOCIÉTÉ DE LA SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE DU QUÉBEC
AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS SOCIETY OF QUEBEC
LA MALADIE DE LOU GEHRIG'S DISEASE
www.sla-quebec.ca

FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES AVEC LA SLA

Toutes ces questions sont facultatives

Énoncé de confidentialité

La Société de la SLA du Québec respecte votre vie privée. Nous protégeons vos informations personnelles et adhérons aux exigences législatives concernant la confidentialité. Nous ne louons, vendons ou n'échangeons pas nos listes d'envois. L'information recueillie ne sera utilisée que pour livrer des services et, si vous le désirez, vous garder informés sur nos activités, programmes et services. Seul le personnel autorisé aura accès aux informations qui pourraient vous identifier. S'il advient des changements concernant vos données, nous vous invitons à nous en faire part par téléphone au 1 877-725-7725 ou par courriel à info@sla-quebec.ca.

Je certifie que je comprends les implications des énoncés trouvés ci-haut.

Identification de la personne ayant reçu le diagnostic de SLA

Nom de famille		Prénom		M / F / Autre
				Genre
Adresse		Ville		Code postal
() -	() -	() -		
Tel. : (Domicile)	Tel. : (Cellulaire)	Tel. : (Travail)	Adresse courriel	
/ /	/	/	F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Bulbaire <input type="checkbox"/> Spinale <input type="checkbox"/>
Date de naissance (jj/mm/année)	Date de diagnostic (mm/année)	Date des premiers symptômes (mm/année)	Langue de correspondance	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Assurance médicale privée
Travaillez-vous? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Nom de votre employeur : _____		Titre: _____

Neurologue traitant

Nom / Prénom Centre médical ou affiliation Téléphone

Médecin ayant posé le diagnostic de SLA

Nom / Prénom Centre médical ou affiliation Téléphone

Médecin de famille

Nom / Prénom Centre médical ou affiliation Téléphone

CLSC/CSSS/CIUSSS

Nom du CLSC/CSSS/CIUSSS : _____

Nom du/de la professionnel(le) Titre professionnel

Adresse courriel Téléphone

Nom du/de la professionnel(le) Titre professionnel

Adresse courriel Téléphone

Identification de l'aidant(e) principal(e)

Nom	Prénom	M / F / Autre Genre	
Relation avec la personne atteinte de la SLA		Date de naissance (jj / mm / année)	
Adresse	Ville	Code postal	
(____) _____ - _____ Tel. : (Domicile)	(____) _____ - _____ Tel. : (Cellulaire)	(____) _____ - _____ Tel. : (Travail)	_____ Adresse courriel
Travaillez-vous? Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas <input type="checkbox"/> Nom de votre employeur : _____			

Aidants secondaire et/ou enfants adultes

1)	Nom	Prénom	M / F / Autre Genre
Relation avec la personne atteinte de la SLA		Date de naissance (jj / mm / année)	
Adresse		Ville	Code postal
Aidant(e) <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/>	(____) _____ - _____ Tel. : (Domicile)	(____) _____ - _____ Tel. : (Cellulaire)	_____ Adresse courriel
2)	Nom	Prénom	M / F / Autre Genre
Relation avec la personne atteinte de la SLA		Date de naissance (jj / mm / année)	
Adresse		Ville	Code postal
Aidant(e) <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/>	(____) _____ - _____ Tel. : (Domicile)	(____) _____ - _____ Tel. : (Cellulaire)	_____ Adresse courriel

Autre information

Référé à la Société par: _____

Personne ayant complété le formulaire

Soi-même (personne ayant reçu le diagnostic)

Signature _____ Date (jj / mm / année)

Autre personne Si la personne est « autre », est-ce que la personne ayant reçu le diagnostic est au courant de l'inscription Oui Non

Nom de famille _____ Prénom _____ Relation avec la personne diagnostiquée _____

Signature _____ Date (jj / mm / année)

SVP REMETTRE CE FORMULAIRE À LA SOCIÉTÉ DE LA SLA DU QUÉBEC

5415 rue Paré, Suite 200, Mont-Royal, QC H4P 1P7

Ou par Télécopieur/ FAX à (514) 725-6184

Ou par courriel à info@sla-quebec.ca