



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

Toutes les questions sont facultatives.

Identification de la personne atteinte de la SLA

_____		_____		H / F
nom	prénom			sexe
_____		_____	_____	
adresse		ville	code postal	
_____		_____	_____	_____
Tél (maison)		tél (cellulaire)	tél (bureau)	courriel
_____		_____	_____	_____
Date de naissance (jour/mois/année)		date du diagnostic (mois/année)	date début des symptômes (mois/année)	bulbaire ou spinale
Langue de communication : F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>		Désirez-vous recevoir nos publications : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> version électronique <input type="checkbox"/> imprimée <input type="checkbox"/>		
Assurance médicale privée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Désirez-vous participer à nos conférences et groupes d'entraide : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

Médecin ayant posé le diagnostic de la SLA

Nom/prénom	centre hospitalier	téléphone
------------	--------------------	-----------

Neurologue traitant

Nom/prénom	centre hospitalier	téléphone
------------	--------------------	-----------

Médecin de famille

Nom/prénom	centre hospitalier	téléphone
------------	--------------------	-----------

CLSC

Nom du CLSC : _____

Nom de l'intervenant principal	titre professionnel	téléphone
--------------------------------	---------------------	-----------

Nom de l'intervenant secondaire	titre professionnel	téléphone
---------------------------------	---------------------	-----------

Centre de réadaptation

Nom du centre : _____

Nom de l'intervenant principal	titre professionnel	téléphone
--------------------------------	---------------------	-----------

Nom de l'intervenant secondaire	titre professionnel	téléphone
---------------------------------	---------------------	-----------

Autre Institution de santé

Nom de l'Institution : _____

Nom de l'intervenant principal	titre professionnel	téléphone
--------------------------------	---------------------	-----------

