



FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE MEMBRE JUNIOR 2010-11 17 ANS ET MOINS

Les informations que vous donnez ici seront traitées en toute confidentialité et sont utilisées dans le seul objectif d'établir un portrait réel de nos membres afin d'ajuster nos programmes en conséquence.

COORDONNÉES DU MEMBRE JUNIOR

Nom du ou des parent(s) du membre Junior : _____

Prénom: _____ Nom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Téléphone: (____) _____ Date de naissance: _____

Le membre Junior est une personne avec un problème de coagulation (incluant les porteuses).

Type de problème de coagulation	Niveau de sévérité	Inhibiteurs	Infection(s) découlant des traitements liés à votre trouble de la coagulation
<input type="checkbox"/> Facteur VII <input type="checkbox"/> Facteur IX <input type="checkbox"/> Facteur VIII <input type="checkbox"/> Facteur XIII <input type="checkbox"/> Von Willebrand <input type="checkbox"/> Porteuse <input type="checkbox"/> Autre ? Lequel ? _____	<input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Léger	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/> Autre : _____

Traitement

Centre de traitement : _____ Médecin traitant : _____

Lieu de pratique du médecin traitant (si différent du centre de traitement) : _____

Type de traitement

Produit utilisé : _____ Nombre approximatif d'épisodes de saignement / mois ? _____

As- t'il commencé des traitements en prophylaxie ? _____ À quelle fréquence ? _____ / semaine

Si le membre Junior est concerné(e) par des **inhibiteurs**, As- t'il débuté un traitement de tolérance immune ? _____

Le membre Junior connaît une (des) personne(s) ayant un problème de coagulation.

Quel est le lien qui l'unit à cette (ces) personne(s) ? _____

SVP, indiquer son (leurs) nom(s) ? _____

Le membre Junior est une personne qui a été infectée lors d'une transfusion sanguine.

Date de la transfusion : _____ Infection(s) découlant de la transfusion : VIH Hépatite C Autre : _____

Dans quel établissement et par quel médecin est-il suivi(e) ?

VIH : _____

Hépatite C : _____

Autre : _____

Le membre Junior connaît une (des) personne(s) qui a (ont) été infectée(s) lors d'une transfusion sanguine.

Quel est le lien qui l'unit à cette (ces) personne(s) ? _____

SVP, indiquer son (leurs) nom(s) ? _____

Le membre Junior a perdu un être cher.

Cette personne

avait un problème de la coagulation

avait été infectée lors d'une transfusion sanguine.



VEUILLEZ FAIRE PARVENIR VOTRE ADHÉSION À LA **SCHQ** À L'ADRESSE SUIVANTE :
2120, rue Sherbrooke Est - Bureau 1102, Montréal (Québec) H2K 1C3.

MERCI !

