

# Inscription – Programme pour adultes amputés

Qui remplit ce formulaire? \_\_\_\_\_

## Coordonnées de la personne amputée

Prénom \_\_\_\_\_ Deuxième(s) prénom(s) \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Prénom d'usage : \_\_\_\_\_ Autres noms de famille utilisés auparavant (optionnel) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Pronoms d'usage : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

**Par souci de confidentialité et de protection des renseignements personnels, toute correspondance de l'Association des Amputés de guerre vous sera postée à l'adresse indiquée ci-dessus.**

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer la langue de correspondance désirée :  Français  Anglais

Comment avez-vous entendu parler de l'Association des Amputés de guerre et des services qu'elle offre aux personnes amputées?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Type d'amputation(s)

Veuillez sélectionner tous les types d'amputation qui s'appliquent, et en indiquer l'emplacement (dans le cas d'amputations bilatérales, sélectionnez la gauche et la droite). Veuillez indiquer la cause (de naissance, médicale ou accidentelle) et la date à laquelle chaque amputation a eu lieu.

	Gauche	Droite	Cause	Date
Transtibiale (au-dessous du genou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Transfémorale (au-dessus du genou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pied partiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Amputation de Syme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation de la cheville (au niveau de la cheville)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation du genou (au niveau du genou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Transradiale (au-dessous du coude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Main partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation du poignet (au niveau du poignet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Transhumérale (au-dessus du coude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation du coude (au niveau du coude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hémipectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Désarticulation de la hanche  
(au niveau de la hanche)   \_\_\_\_\_  
 Plastie de rotation   \_\_\_\_\_  
 Désarticulation inter-scapulo-thoracique   \_\_\_\_\_  
 Désarticulation de l'épaule  
(au niveau de l'épaule)   \_\_\_\_\_  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

La ou les amputations résultent d'une différence de longueur du :  fémur et/ou du  tibia/péroné  
 La ou les amputations résultent d'une différence de longueur du :  humérus et/ou du  radius/cubitus  
 La différence de longueur est de : \_\_\_\_\_ cm ou \_\_\_\_\_ pouces

Notes additionnelles : \_\_\_\_\_

## Cause(s) de l'amputation

Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique et inscrire la ou les dates de chaque amputation ou opération s'il y a lieu.

### À la naissance

Congénitale   
 Congénitale chirurgicale   
 (amputation congénitale qui nécessite ou  
 nécessitera une intervention chirurgicale)  
 Type d'amputation congénitale :  
 Pas de cause ou de diagnostic   
 Maladie des brides amniotiques   
 Hémiplégie fibulaire   
 Fémur court congénital   
 Syndrome TAR   
 Autre

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

### Médicale

Date du diagnostic : \_\_\_\_\_  
 Cancer  
 Méningite  
 Diabète  
 Vasculaire  
 Sepsie  
 Autre  
 Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

### Accident

Date de l'accident : \_\_\_\_\_  
 Engin explosif improvisé   
 Accident de la route   
 Accident survenu à la ferme   
 Accident impliquant une tondeuse   
 Accident impliquant un train   
 Électrocution   
 Gelure   
 Accident impliquant une meuleuse   
 Accident de travail   
 Autre

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Date de la ou des amputations, ou de la ou des opérations (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Comptez-vous tenter une action en justice relative à la cause de l'amputation (s'il y a lieu)?  Oui  Non

Veuillez indiquer le nom du centre prothétique ou de réadaptation que vous fréquentez : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'un membre artificiel ou un appareil est présentement en train d'être fabriqué?  Oui  Non

## Autres sources de financement

Êtes-vous admissible à toute autre source d'aide financière, par exemple l'aide sociale, une assurance maladie privée complémentaire ou une assurance collective offerte par votre employeur? Cette information nous permettra de respecter nos directives relativement à l'aide que nous offrons pour l'achat de membres artificiels.

Oui Veuillez préciser : \_\_\_\_\_  Non

## Décharge de responsabilité

Considérant que l'Association des Amputés de guerre me fournira une assistance par l'intermédiaire du Programme pour adultes amputés, je soussigné(e), \_\_\_\_\_, décharge et libère, pour une durée indéterminée, l'Association des Amputés de guerre de toute faute à l'égard des réclamations, demandes, dommages, actions ou causes d'action engagés, ou pouvant être engagés, conformément à toute loi ou à tout principe d'équité que moi ainsi que mes héritiers, exécuteurs, administrateurs ou ayants droit pouvons, devons ou pourrions trouver en raison de ma participation aux activités et événements organisés par l'association.

De plus, je conviens d'indemniser et de garantir l'Association des Amputés de guerre, ses successeurs et ses ayants droit à l'égard de tout dommage, action, dette, compte, réclamation et demande qui pourraient ultérieurement être intentés contre eux par moi ou en mon nom en raison de ma participation aux programmes de l'association.

\_\_\_\_\_  
Adhérent(e) (en lettre moulées)

\_\_\_\_\_  
Témoin (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Courriel

\_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent(e)

\_\_\_\_\_  
Signature du ou de la témoin

Date : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

Date : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

## **Signature**

Signature du requérant ou de la requérante \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

## Consentement à la transmission de renseignements personnels à un tiers

Je reconnais que l'Association des Amputés de guerre pourrait avoir besoin de transmettre à un tiers des renseignements personnels me concernant pour pouvoir assurer les services requis. Au moment où l'association me demandera ces renseignements ou voudra les utiliser, elle m'expliquera comment elle entend s'en servir. Sauf si la loi l'exige, l'association n'utilisera pas et ne transmettra pas mes renseignements personnels sans m'avoir informé(e) de la raison pour laquelle elle veut le faire et sans avoir obtenu mon autorisation. Une photocopie ou une version électronique de ce formulaire est aussi valide que l'original. Ce consentement demeure valable jusqu'à ce que je l'annule par écrit.

J'autorise l'Association des Amputés de guerre à transmettre à des tiers mes renseignements personnels afin d'assurer les services requis tels que des réservations d'hôtel, des déplacements, des envois postaux et des demandes particulières.

---

Requérant(e) (en lettres moulées)

---

Signature du requérant ou de la requérante

Date : \_\_\_\_\_  
                                jour/mois/année

L'Association des Amputés de guerre recueille ces renseignements dans le but de vous offrir l'aide financière et les services que vous lui avez demandés. Nous nous engageons à protéger la confidentialité des renseignements personnels que nous avons sur vous. Les renseignements recueillis pourraient être traités par un fournisseur de services tiers.

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 13196 9628 RR0001