

Dystrophie musculaire Canada a pour mission d'améliorer la vie des personnes et des familles touchées par les maladies neuromusculaires. Nous sommes là pour vous soutenir à chaque étape de votre parcours en offrant des ressources, en bâtissant une communauté et en poursuivant la quête d'un traitement curatif par le financement de la recherche. Dystrophie musculaire Canada propose à ses clients inscrits une gamme de services, notamment en matière de soutien, d'information, d'éducation, de défense des droits et d'aides techniques.

Dystrophie musculaire Canada a dressé une liste exhaustive des maladies neuromusculaires qu'elle couvre. Nous vous demandons de faire confirmer votre diagnostic par un médecin ou un professionnel de la santé. Si votre maladie ne figure pas dans la liste ou si vous n'avez pas encore reçu de diagnostic, n'hésitez pas à communiquer avec notre service d'information sur la recherche (1 800 567-2873, poste 4646 ou research@muscle.ca), il est possible que nous puissions vous aider. Si vous n'avez pas accès à un médecin ou à un professionnel de la santé, notre service d'information sur la recherche pourra aussi vous offrir un soutien.

Dystrophie musculaire Canada recueille des renseignements personnels à diverses fins, dont la prestation de ses services, la collecte de fonds, la gestion de la qualité, la recherche, la facturation, et pour remplir ses obligations juridiques et réglementaires.

Dystrophie musculaire Canada protège ces renseignements et leur confidentialité avec plusieurs mesures de sécurité. Elle ne les partage pas avec des tiers, sauf si ce partage est directement lié à la prestation ou l'amélioration de ses services, ou qu'une loi canadienne l'exige. Des directives sont en place pour prévenir l'accès non autorisé et encadrer la destruction des renseignements personnels. La Politique de confidentialité est disponible sur le site Web ou sur demande.

Pour plus d'information sur Dystrophie musculaire Canada ou sur sa Politique de confidentialité, composez le 1 800 567-2873 ou visitez muscle.ca.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À INSCRIRE (À remplir par le demandeur, le parent/tuteur, ou le proche aidant)

[VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES]

Langue de préférence : ☐ Français ☐ Anglais Je peux m'exprimer en : ☐ Français ☐ Anglais
(Cochez toutes les langues qui s'appliquent.)

Titre de civilité : ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Autre :
(veuillez préciser)

Genre : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Non binaire ☐ Autre : ☐ Je préfère ne pas répondre
(veuillez préciser)

Nom du demandeur :
Prénom / Initiale(s) / Nom de famille

Date de naissance :
AAAA / MM / JJ

Adresse à domicile :
Numéro municipal / Rue / App.

Ville Prov. Code postal

Adresse postale :
(si différente de l'adresse à domicile) Numéro municipal / Rue / App.

Ville Prov. Code postal

Téléphone :
Cellulaire Résidence Travail

Courriel :
(requis si disponible)

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À INSCRIRE (suite)

Statut : ☐ Citoyen(ne) canadien(ne) ☐ Immigrant(e) reçu(e) ☐ Autre :
(veuillez préciser)

Comment avez-vous entendu parler de Dystrophie musculaire Canada ? ☐ Clinique neuromusculaire
☐ Médias sociaux ☐ Proche aidant(e) ☐ Professionnel(le) de la santé ☐ Bouche à oreille ☐ Membre de la famille ☐ Site Web de Dystrophie musculaire Canada ☐ Autre :
(veuillez préciser)

Je comprends que ces renseignements personnels sont requis dans le cadre la présente demande et j'autorise Dystrophie musculaire Canada à utiliser ceux-ci aux fins indiquées. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps, sous réserve d'obligations légales ou contractuelles et d'un préavis raisonnable, et que Dystrophie musculaire Canada m'informera des conséquences de ce retrait. J'autorise aussi Dystrophie musculaire Canada à contacter le/la professionnel(le) de la santé signataire pour confirmer mon diagnostic et poser des questions de suivi aux fins d'admissibilité.

SIGNATURE : **Date :**
Demandeur (si + de 18 ans), parent, tuteur ou mandataire AAAA / MM / JJ

Nom du parent, tuteur ou mandataire :
Prénom / Nom de famille

RENSEIGNEMENTS SUR LE(S) MEMBRE(S) DE LA FAMILLE

1. ☐ Conjoint(e) ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐ Autre :
(veuillez préciser)

Langue de préférence : ☐ Français ☐ Anglais **Je peux m'exprimer en :** ☐ Français ☐ Anglais
(Cochez toutes les langues qui s'appliquent.)

Titre de civilité : ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Autre :
(veuillez préciser)

Genre : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Non binaire ☐ Autre : ☐ Je préfère ne pas répondre
(veuillez préciser)

Nom : **Date de naissance :**
AAAA / MM / JJ

Adresse à domicile (si différente de celle du demandeur) :
Numéro municipal / Rue / App.

.....
Ville Prov. Code postal

Téléphone :

Courriel :

Statut : ☐ Citoyen(ne) canadien(ne) ☐ Immigrant(e) reçu(e) ☐ Autre :
(veuillez préciser)

Acceptez-vous d'être inscrit(e) auprès de Dystrophie musculaire Canada en tant que membre de la famille ? ☐ Oui ☐ Non

☐ J'autorise Dystrophie musculaire Canada à me contacter pour toute précision concernant les renseignements fournis dans cette section et pour répondre à toute question susceptible d'aider à établir l'admissibilité.

Je comprends que ces renseignements personnels sont requis dans le cadre la présente demande et j'autorise Dystrophie musculaire Canada à utiliser ceux-ci aux fins indiquées. Je comprends aussi que je peux retirer mon consentement en tout temps, sous réserve d'obligations légales ou contractuelles et d'un préavis raisonnable, et que Dystrophie musculaire Canada m'informera des conséquences d'un tel retrait.

SIGNATURE : **Date :**
AAAA / MM / JJ

RENSEIGNEMENTS SUR LE(S) MEMBRE(S) DE LA FAMILLE (suite)

2. ☐ Conjoint(e) ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐ Autre :
(veuillez préciser)

Langue de préférence : ☐ Français ☐ Anglais Je peux m'exprimer en : ☐ Français ☐ Anglais
(Cochez toutes les langues qui s'appliquent.)

Titre de civilité : ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Autre :
(veuillez préciser)

Genre : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Non binaire ☐ Autre : ☐ Je préfère ne pas répondre
(veuillez préciser)

Nom : Date de naissance :
AAAA / MM / JJ

Adresse à domicile (si différente de celle du demandeur) :
Numéro municipal / Rue / App.

Ville Prov. Code postal

Téléphone :

Courriel :

Statut : ☐ Citoyen(ne) canadien(ne) ☐ Immigrant(e) reçu(e) ☐ Autre :
(veuillez préciser)

Acceptez-vous d'être inscrit(e) auprès de Dystrophie musculaire Canada en tant que membre de la famille ? ☐ Oui ☐ Non

☐ J'autorise Dystrophie musculaire Canada à communiquer avec moi pour demander toute précision sur l'information transmise dans cette section et pour toute question qui pourrait aider à établir l'admissibilité.

Je comprends que ces renseignements personnels sont requis dans le cadre la présente demande et j'autorise Dystrophie musculaire Canada à utiliser ceux-ci aux fins indiquées. Je comprends aussi que je peux retirer mon consentement en tout temps, sous réserve d'obligations légales ou contractuelles et d'un préavis raisonnable, et que Dystrophie musculaire Canada m'informera des conséquences d'un tel retrait.

SIGNATURE : Date :
AAAA / MM / JJ

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (doit être rempli par un(e) clinicien(ne) spécialisé(e) dans les maladies neuromusculaires, c.-à-d. neurologue, professionnels paramédicaux ou médecin*.)

* ☐ Je n'ai pas accès à un(e) spécialiste des maladies neuromusculaires réglementé et j'aimerais qu'on m'aide à en trouver un(e).

Le demandeur peut aussi joindre un document qui précise le diagnostic, signé et daté par un(e) professionnel(le) de la santé.

Nom du demandeur :

Diagnostic :

(Veuillez donner quelques détails sur le diagnostic : p. ex., sous-type et résultats des tests génétiques, le cas échéant.)
Si vous ne savez pas si Dystrophie musculaire Canada couvre la maladie du demandeur, veuillez visiter muscle.ca ou écrire à research@muscle.ca.

Date du diagnostic : Établissement de santé :
AAAA / MM / JJ Nom de l'hôpital / de la clinique Ville

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

Professionnel(le) de la santé signataire :
Veillez inscrire le nom en lettres moulées (le tampon du cabinet médical est accepté).

Téléphone :

Titre/profession :

Courriel :

- ☐ J'autorise Dystrophie musculaire Canada à communiquer avec moi pour demander toute précision sur l'information transmise dans cette section et pour toute question qui pourrait aider à établir l'admissibilité.
- ☐ Je suis un(e) professionnel(le) de la santé réglementé(e), je signe ce formulaire au mieux de mes capacités et j'atteste que les informations sont exactes à ma connaissance.

Je comprends que ces renseignements personnels sont requis dans le cadre la présente demande et j'autorise Dystrophie musculaire Canada à utiliser ceux-ci aux fins indiquées. Je comprends aussi que je peux retirer mon consentement en tout temps, sous réserve d'obligations légales ou contractuelles et d'un préavis raisonnable, et que Dystrophie musculaire Canada m'informera des conséquences d'un tel retrait.

SIGNATURE : **Date :**
Professionnel(le) de la santé *AAAA / MM / JJ*

Neurologue ou spécialiste des maladies neuromusculaires :
(si différent du/de la professionnel(le) de la santé signataire)

.....
Veillez inscrire le nom en lettres moulées.

Téléphone :

Clinique neuromusculaire fréquentée par le demandeur :

Courriel :

Adresse postale :
Numéro municipal / Rue / App.

.....
Ville *Prov.* *Code postal*

VEUILLEZ SOUMETTRE LA DEMANDE DÛMENT REMPLIE PAR :

Envoi postal : 4211, rue Yonge, bureau 316, Toronto, ON M2P 2A9
Télécopieur : 1 866 726-8732
Courriel : registration@muscle.ca