



# Association du syndrome de Sjögren inc.

3155 Hochelaga, Bureau 001, Montréal, Québec, Canada H1W 1G4

Tél. : (514) 934-3666 Sans frais : 1 877 934-3666

Courriel : sjogrenquebec@gmail.com - Site Internet : sjogrens.ca

## FORMULAIRE D'ADHÉSION POUR : 1 AN - 2 ANS - 3 ANS - 4 ANS - 5 ANS

1996 - 2021

Veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer avec votre paiement par virement Interac ou par chèque à l'adresse ci-dessus.

25 ans

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

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

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

Courriel: \_\_\_\_\_ N° de membre: \_\_\_\_\_

Je désire m'abonner à l'infolettre  Renouvellement  Nouvelle adhésion

Je suis atteinte du syndrome de Sjögren  Je suis parent ou ami(e) d'une personne atteinte du SS

J'adhère pour: 1 an/30\$  2 ans/50\$  3 ans/70\$  4 ans/85\$  5 ans/100\$  \_\_\_\_\_ \$

Je désire recevoir le bulletin de l'Association: par la poste  par courriel

Je désire faire un don à l'Association: 15\$  25\$  50\$  75\$  100\$  ou autre \_\_\_\_\_ \$

\* Reçu déductible d'impôt pour tous les dons N° 89059 3734 RR0001. Votre cotisation n'est pas déductible d'impôt.

AUTORISATION :

J'autorise

Je refuse

J'autorise l'Association du syndrome de Sjögren à utiliser les photos où je serai susceptible d'apparaître dans ses publications. Il est à noter que ces photos ont pour seul objectif de montrer une activité en cours et non d'identifier un individu en particulier.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ \$

### LE QUESTIONNAIRE SUIVANT EST FACULTATIF

TOTAL

Ces données sont indispensables à notre cause et seront utilisées à des fins statistiques et pour mieux connaître vos attentes. Elles sont confidentielles.

Je suis atteint(e) du S. de Sjögren<sup>1</sup>: OUI\*  NON  \*Si oui, quand a-t-il été diagnostiqué? \_\_\_\_\_

D'après vous, à quelle date votre syndrome a-t-il débuté? \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Laquelle des formes : Primaire  ou Secondaire<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Si secondaire de quelle(s) autre(s) maladie(s) arthritique(s) souffrez-vous?

• Polyarthrite rhumatoïde : OUI\*  NON  \*Si oui, quand a-t-elle été diagnostiquée? \_\_\_\_\_

• Lupus: OUI\*  NON  \* Si oui, quand a-t-il été diagnostiqué? \_\_\_\_\_

• Spondylarthrite : OUI\*  NON  \*Si oui, quand a-t-elle été diagnostiquée? \_\_\_\_\_

• Sclérodémie<sup>3</sup>: OUI\*  NON  \*Si oui, quand a-t-elle été diagnostiquée? \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Quelle forme : Systémique (CREST)  ou Diffuse

• Phénomène de Raynaud : OUI\*  NON  \* Si oui, quand a-t-il été diagnostiqué? \_\_\_\_\_

• Autre atteinte : \_\_\_\_\_ \* Si oui, quand a-t-elle été diagnostiquée? \_\_\_\_\_

Qu'attendez-vous de l'Association? Qu'aimeriez-vous y trouver en particulier? \_\_\_\_\_