

Ne rien inscrire ici : _____
[À l'usage du cabinet] NOM DU MEMBRE À INSCRIRE

COLLECTE DE DONNÉES

Recours collectif – Shannon

VOTRE NOM : _____ VOTRE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____
JOUR/ MOIS/ANNÉE

VOTRE ADRESSE : _____ TEL : _____

COMPLÉTEZ-VOUS CE FORMULAIRE POUR VOUS PERSONNELLEMENT : OUI NON

SI VOUS AVEZ **RÉPONDU NON**, INDIQUEZ LE NOM DE LA **PERSONNE REPRÉSENTÉE** :

ICI : _____ SA DATE DE NAISSANCE : ____/____/____
JOUR / mois / année

SON ADRESSE ACTUELLE OU SA DERNIÈRE ADRESSE: _____ TÉL. : _____

SI C'EST POUR UNE PERSONNE **DÉCÉDÉE**, INSCRIRE SA **DATE DE DÉCÈS** : ____/____/____
JOUR/ MOIS/ANNÉE

AUTRE PERSONNE RESSOURCE AVEC QUI COMMUNIQUER EN CAS DE BESOIN :

NOM : _____ ADRESSE : _____

TÉL. : ____/____/____ SON LIEN AVEC VOUS : _____

ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE À INSCRIRE

D'ASSURANCE-MALADIE : _____ OU ÉQUIVALENT : _____

DÉCRIVEZ LES PROBLÈMES DE SANTÉ ACTUELS (SI APPLICABLE):

[EXEMPLES : CÉPHALÉES, VERTIGES, SOMNOLENCE, NAUSÉES, VOMISSEMENTS, DIARRHÉES, CONSTIPATION, PROBLÈMES CARDIAQUES, INFECTIONS, ALLERGIES, ASTHME, IRRITATIONS, DERMATITES, BRONCHITE, ETC.]

DÉCRIVEZ LES PROBLÈME DE SANTÉ ANTÉRIEURS (SI APPLICABLE):

Y A-T-IL OU Y A-T-IL EU UN DIAGNOSTIC DE CANCER, DE PRÉ-CANCER OU DE TUMEUR BÉNIGNE – SI OUI, PRÉCISEZ LE TYPE, L'ANNÉE DU DIAGNOSTIC ET L'HÔPITAL, LA CLINIQUE OU LE MÉDECIN CONSULTÉ:

TYPE DE CANCER : _____ DATE DIAGNOSTIC : _____ HÔPITAL, CLINIQUE OU MÉDECIN CONSULTÉ: _____

Y A-T-IL DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX CONNUS
[INSCRIRE LE NOM DE LA MALADIE, LA PERSONNE ATTEINTE ET SON LIEN AVEC VOUS]

ADRESSES ANTÉRIEURES DE LA PERSONNE À INSCRIRE
[NON LIMITÉES À SHANNON - EN COMMENÇANT PAR LA PLUS RÉCENTE]

ADRESSE :	DE _____ à _____
ADRESSE :	DE _____ à _____
ADRESSE :	DE _____ à _____
ADRESSE :	DE _____ à _____
ADRESSE :	DE _____ à _____

HABITUDES DE VIE DE LA PERSONNE À INSCRIRE

COCHER SI FUMEUR : SI OUI – DEPUIS QUAND : _____

COCHER SI CONSOMMATION D'ALCOOL : SI OUI – DEPUIS QUAND : _____

QUANTITÉ : _____ VERRE(S) PAR _____

COMMENTAIRES

SIGNÉ À _____, LE _____ 2012

Signature du membre du groupe ou du représentant

Personnellement ou pour :

Inscrivez le nom de la personne représentée

Signature des procureurs
CHARLES VEILLEUX & ASSOCIÉS, AVOCATS s.e.n.c.r.l.