



## Type(s) d'amputation(s)

Veillez 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). Veillez indiquer la cause (de naissance, médicale ou accidentelle) et la date à laquelle chaque amputation a eu lieu.

	Gauche	Droit	Cause	Date
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"/>	_____	_____
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"/>	_____	_____
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Plastie de rotation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation interscapulo-thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation de l'épaule (au niveau de l'épaule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Autre (veuillez spécifier) : _____				

L'amputation ou les amputations résultent d'une différence de longueur du :  fémur et/ou du  tibia/péroné

L'amputation 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

Avez-vous entrepris des démarches d'allongement des membres ou comptez-vous le faire?  Oui  Non

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

## Cause(s) de l'amputation

Veillez 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	Médicale	Accident
Congénitale <input type="checkbox"/>	Date du diagnostic : _____	Date de l'accident : _____
Congénitale chirurgicale (amputation congénitale qui nécessite ou nécessitera une intervention chirurgicale) <input type="checkbox"/>	Cancer <input type="checkbox"/>	Accident de la route <input type="checkbox"/>
Type d'amputation congénitale : _____	Méningite <input type="checkbox"/>	Accident survenu à la ferme <input type="checkbox"/>
Pas de cause ou de diagnostic <input type="checkbox"/>	Diabète <input type="checkbox"/>	Accident impliquant une tondeuse <input type="checkbox"/>
Maladie des brides amniotiques <input type="checkbox"/>	Vasculaire <input type="checkbox"/>	Accident impliquant un train <input type="checkbox"/>
Hémimélie fibulaire <input type="checkbox"/>	Sepsie <input type="checkbox"/>	Électrocution <input type="checkbox"/>
Fémur court congénital <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	Gelure <input type="checkbox"/>
Syndrome TAR <input type="checkbox"/>	<i>Veillez spécifier :</i> _____	Accident impliquant une meuleuse <input type="checkbox"/>
Autre <input type="checkbox"/>		Accident de travail <input type="checkbox"/>
<i>Veillez spécifier :</i> _____		Autre <input type="checkbox"/>
		<i>Veillez spécifier :</i> _____

Date(s) de chaque amputation ou opération (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

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

Veillez indiquer le nom du centre prothétique ou de réadaptation que fréquente votre enfant : \_\_\_\_\_

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

Veillez indiquer la langue de correspondance désirée :  Français  Anglais

Comment avez-vous entendu parler du Programme LES VAINQUEURS? \_\_\_\_\_

Quels sont vos besoins immédiats? \_\_\_\_\_

Comment pensez-vous que le Programme LES VAINQUEURS peut vous venir en aide, à vous et à votre famille?  
\_\_\_\_\_

### 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 *Veillez spécifier :* \_\_\_\_\_  Non

### Décharge de responsabilité

En inscrivant mon enfant, \_\_\_\_\_ au Programme pour enfants amputés (aussi appelé Programme LES VAINQUEURS) de l'Association des Amputés de guerre, je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (parent ou personne responsable de \_\_\_\_\_), 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 la participation de mon enfant au Programme LES VAINQUEURS, notamment à des activités telles que des projets de vidéo/film et d'autres 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 ou au nom de mon enfant désigné ci-dessus en raison de sa participation au Programme LES VAINQUEURS.

\_\_\_\_\_  
Parent/personne responsable (en lettres moulées)

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

\_\_\_\_\_  
Adresse courriel

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/de la personne responsable

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

Date : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

Date : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

### Signature

\_\_\_\_\_  
1<sup>er</sup> parent ou 1<sup>re</sup> personne responsable

\_\_\_\_\_  
2<sup>e</sup> parent ou personne responsable

Date : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

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 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 ces renseignements personnels sans m'avoir informé(e) de la raison pour laquelle elle veut le faire et 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/Nous autorisons l'Association des Amputés de guerre à transmettre mes/nos renseignements personnels afin d'assurer les services requis tels que des réservations d'hôtel, des déplacements, des envois postaux et des demandes particulières à des tiers.

\_\_\_\_\_  
Nom 1<sup>er</sup> parent ou 1<sup>re</sup> personne responsable (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Nom 2<sup>e</sup> parent ou personne responsable (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant

\_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Signature

Date : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

Date : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

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

**Veillez envoyer le formulaire rempli à la Division du Programme LES VAINQUEURS.**