

## Questionnaire nouvel adhérent

Renseignements administratifs		
NOM :		
Prénom :		
Adresse :		
Tél. fixe :	Tél. portable :	Mél :
Date de naissance :	Lieu de naissance :	
Situation scolaire ou professionnelle exercée avant la maladie :		
Situation scolaire ou professionnelle actuelle (ou arrêt maladie, invalidité, AAH, ...) :		

Biopsie	
Date de la biopsie :	Biopsie réalisée à l'hôpital de :
Avez-vous déclaré la MFM auprès du service de pharmacovigilance :    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/>	
Si oui, notez votre numéro d'enregistrement de pharmacovigilance :	

Liste des vaccins reçus depuis la naissance				
Date de vaccination	Nom du vaccin	Type de vaccination		
		Obligatoire	Imposée par l'employeur	recommandée

### Les symptômes de la maladie

Date d'apparition des premiers symptômes :

Décrivez ces symptômes, et leur évolution dans le temps :

### Votre environnement médical

Nom et coordonnées du médecin spécialiste qui vous suit pour la MFM :

Nom et coordonnées de votre médecin traitant, si vous pensez qu'il accepterait de recevoir d'autres patients susceptibles d'avoir la MFM :

### Votre prise en charge

Êtes-vous reconnu(e) en Accident de Travail (privé ou public) :                    oui         non         en cours

Êtes-vous reconnue en ALD (prise en charge à 100%) par la sécurité sociale :    oui         non         en cours   
Si oui, depuis le :

Avez-vous eu un dossier traité par la MDPH :    oui         non         en cours   
Si oui, qu'avez-vous obtenu et depuis quand :

### Transmission des informations

Nous envoyons régulièrement de l'information aux adhérents.

Ceci ne peut se faire que si nous utilisons la voie électronique. Outre l'intérêt écologique, c'est un gain de temps et d'argent, et cela nous permet aussi de vous tenir au courant de l'actualité de manière très fréquente.

En outre, c'est beaucoup moins fastidieux pour la personne qui en a la charge (malade elle-même de MFM).

Si ce mode de transmission de l'information ne vous convient pas, merci d'en préciser ici les raisons :

## Commentaires libres

## Pièces à fournir

- Copie de la carte d'identité,
- Copie du résultat de la biopsie attestant du diagnostic de myofasciite à macrophages,
- Copie intégrale du carnet de vaccination (ou attestation du médecin traitant).

*Ces documents sont à usage strictement interne et confidentiel - Le résultat de la biopsie nous apporte la confirmation que vous êtes atteinte d'une myofasciite à macrophages, condition pour adhérer. La copie du carnet de vaccination permet en particulier de connaître votre "parcours vaccinal" ainsi que le délai entre les vaccinations, l'apparition des symptômes et la biopsie. Ceci nous donne une vision plus précise du contexte qui entoure la survenue de la myofasciite à macrophages et peut nous permettre aussi de voir que certains vaccins posent plus de problèmes que d'autres...*

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant.

Questionnaire rempli le :

*Par la présente, j'accepte l'utilisation des données me concernant pour un usage strictement statistique et anonyme. Tout autre usage devra faire l'objet d'une demande auprès de moi.*

Signature :

Questionnaire à retourner à Didier LAMBERT :

- par mél : [president@asso-e3m.fr](mailto:president@asso-e3m.fr)
- ou par courrier : 1 Le Barrail 33410 MONPRIMBLANC