

Ce registre s'adresse tout spécialement aux personnes allergiques ou susceptibles de l'être à certains aliments, aux piqûres d'insectes, à des médicaments, au latex, à la pratique de l'exercice ou ayant une intolérance ou une réaction à l'ingestion de certains aliments.

Il est conçu pour vous venir en aide de deux façons. Des renseignements précis vous concernant nous permettront de **vous** informer sur des **misés à jour cliniques et pédagogiques** pertinentes et sur le **rappel de certains produits**. Ces renseignements **nous** permettront aussi d'amasser des statistiques en vue de **recherches cliniques** et nous aideront à préparer nos **plaidoyers** et nos **levées de fonds**.

Lorsque nous approchons l'industrie alimentaire, les gouvernements, les lignes aériennes, les réseaux ferroviaires, les dirigeants scolaires ou les sociétés pharmaceutiques, nous avons besoin de données qui démontrent clairement l'ampleur et la gravité du problème. S'il-vous-plaît aidez-nous à compiler ces précieux renseignements. **Toutes vos réponses seront traitées de manière confidentielle.**

**Occasionnellement, nous fournissons notre liste de membres à des organismes triés sur le volet et dont les renseignements et les produits pourraient être d'intérêt pour vous. Si vous préférez NE PAS recevoir ces informations, veuillez nous faire parvenir un courriel à [info@anaphylaxis.ca](mailto:info@anaphylaxis.ca) ou poster votre demande à l'adresse ci-dessous.** Vos renseignements personnels sont gardés dans une base de données indépendante et accessible uniquement par le réseau anaphylactique du Canada et par sa fondation. Vous recevrez une confirmation de votre application et un numéro d'identification personnel (PIN). Vous aurez besoin de ce numéro pour effectuer des changements à votre dossier.

Veuillez nous faire parvenir votre demande par télécopieur ou par la poste à l'adresse ci-dessous, ou encore utiliser notre adresse en ligne [www.anaphylaxis.ca](http://www.anaphylaxis.ca)

Date : \_\_\_\_\_

Nom de la personne allergique : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genre : Homme  Femme   
mois jour année

**Veuillez nous indiquer le diagnostic ou les symptômes pertinents.**

**Allergie ou choc anaphylactique à :** certains aliments  piqûres d'insectes  médicaments  latex  pratique de l'exercice  autres

**Intolérance ou réaction à :** certains aliments  autres

**Autres problèmes médicaux reliés à :** l'asthme  la fièvre des foins  l'eczéma

Autres problèmes médicaux pertinents (spécifiez) \_\_\_\_\_

**Veuillez spécifier si vous souffrez d'allergies alimentaires ou de réactions allergènes aux :**

arachides  noix (par exemple noix d'acajou, pacane ou noisettes)  lait  oeuf  soya  poisson  fruits de mer  blé  graines  sulfate   
autres  (spécifier) \_\_\_\_\_

**Votre âge au moment du diagnostic (années)** \_\_\_\_\_

**Combien de fois avez-vous reçu une injection d'épinéphrine** \_\_\_\_\_

**Avez-vous toujours en votre possession votre auto-injecteur**

d'épinéphrine? oui  non

**Portez-vous un bracelet MedicAlert®?** oui  non

**Seriez-vous d'accord pour participer à des projets de recherches?**

oui  non

**Seriez-vous d'accord pour collaborer à des enquêtes de marchés sur**

**l'industrie alimentaire?** oui  non

**Êtes-vous un membre actif du réseau anaphylactique du Canada?**

oui  non

**Seriez-vous intéressé à faire du bénévolat?** oui  non

**Appartenez-vous à un groupe de soutien?** oui  non

nom de l'organisme \_\_\_\_\_

**Veuillez remplir vos informations pour recevoir les avis de rappels :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Adresse :** \_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_ **Province :** \_\_\_\_\_ **Code Postal :** \_\_\_\_\_

**Téléphone (résidence)** \_\_\_\_\_ **(affaires)** \_\_\_\_\_

**Télécopieur** \_\_\_\_\_ **CÉ** \_\_\_\_\_

**Comment préférez-vous qu'on communique avec vous?** par la poste  par courriel

Les avis de rappels et autres communications expédiés par courrier électronique sont sans frais. Tout autre renseignement et bulletin de nouvelles sont disponibles uniquement pour les membres du réseau anaphylactique du Canada.

**Veuillez retourner ce formulaire à l'adresse suivante :** Registre anaphylactique canadien c/o Anaphylaxis Canada

416 avenue Moore, bureau 306, Toronto ON Canada, M4G 1C9 ou par **télécopieur** au : 416-785-0458 **téléphone** : 416-785-5666