



**Ligue vaudoise
contre le rhumatisme**
Notre action – votre mobilité

Nom

Prénom

Adresse

No postal Localité

No tél..... No natel.....

E-mail

Profession

Date de naissance

Membre LVR oui non

Au bénéfice de

• l'AVS oui non

• l'AI oui non

Personne accompagnante (**1 seule et même personne pour les 4 séances**)

Nom

Prénom

Bulletin à retourner à : Ligue vaudoise contre le rhumatisme
Avenue de Provence 10
1007 Lausanne
info@lvr.ch

INFO PR

Bulletin d'inscription

Cycle d'information sur
la Polyarthrite rhumatoïde



Av. de Provence 10 • 1007 Lausanne • téléphone 021 623 37 07 • info@lvr.ch
www.liguerhumatisme-vaud.ch • CCP 10-19099-8



Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde vous a été communiqué et vous suivez un traitement auprès de votre médecin traitant et d'autres professionnels de la santé.

Vous vous posez certainement diverses questions sur cette maladie que vous vivez au quotidien. La Ligue Vaudoise contre le Rhumatisme (LVR) vous propose une information sur les divers aspects de cette maladie.

Si cela vous intéresse, n'hésitez pas à vous inscrire au moyen de ce bulletin. Afin de répondre au mieux à vos interrogations, nous nous remercions par avance de bien vouloir répondre aux questions ci-après.

Horaire : mardi, de **19h à 21h**
3^{ème} séance, de **19h à 21h30**

Dates des séances : **mardis 3, 10, 24 mars, et jeudi 2 avril 2020**

Lieu : Lausanne
le lieu exact sera inscrit sur la confirmation

Prix : **gratuit** pour les membres LVR
(cotisation annuelle de CHF 30.-)
Fr. 80.- les quatre séances pour les non-membres

Pour la dynamique du groupe et les 4 soirées formant un tout, votre inscription vous engage à suivre l'intégralité de l'information.

Bulletin d'inscription au cycle

Info Polyarthrite rhumatoïde

Je m'inscris au cycle d'information sur la Polyarthrite rhumatoïde (4 soirées),

dès le 3 mars 2020

Nom de votre médecin rhumatologue

Depuis quand souffrez-vous de polyarthrite ?

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour cette maladie ? oui non

Avez-vous déjà bénéficié des conseils

• d'un(e) ergothérapeute ? oui non

• d'un(e) physiothérapeute ? oui non

Exercez-vous une activité professionnelle actuellement ? oui non

Vivez-vous seul(e) ? oui non

Quels sont les sujets que vous souhaiteriez aborder ?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> diététique | <input type="checkbox"/> moyens auxiliaires |
| <input type="checkbox"/> médicaments | <input type="checkbox"/> aspect psychologique |
| <input type="checkbox"/> douleur | <input type="checkbox"/> traitements |
| <input type="checkbox"/> attelles | <input type="checkbox"/> sport, activités physiques |
| <input type="checkbox"/> autres | |

.....

.....