

# MARS BLEU 2017

**AFC - UNHPC**

**ETABLISSEMENT**

Nom : …………………………………………………………………..……………………………………………………………..

Adresse : ……………………………………………………………………………………….………………….…………………

Code Postal : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I Ville : ………………………………………..…………………………………………

Région : …………………………………………………………………………………………………………………………………

Faites-vous partit d’un groupe ? □ OUI □ NON – Si oui : ……………………….……………………

**REFERENT DU PROJET «MARS BLEU»**

Nom & Prénom :………………………………………..…………………………………………………………………………

Fonction : …………………………………………………………………………….…………………………………………….

Téléphone fixe & portable : I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I / I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I

Email : ……………………………………………………………..@..................................................................

**OBJECTIF DE VOTRE PROJET «MARS BLEU»**

Inciter les patients à participer au dépistage ?

OUI NON

Permettre de mettre en valeur l’implication de votre établissement dans le dépistage ?

OUI NON

Permettre de mettre en valeur vos équipes médicales et soignantes ?

OUI NON

Créer du lien entre patients et équipes soignantes ?

OUI NON

**Date(s) de votre/vos manifestation(s)** : ………………………………………………….………………………

Est-ce votre première participation ? OUI NON

Avez-vous des visuels de votre dernière manifestation ? OUI NON

Merci de **prendre des photos** lors de votre manifestation Mars Bleu 2017 et de nous les faire parvenir rapidement. Nous pouvons publier un visuel d’une manifestation des années antérieures. Vous pouvez nous les envoyer avec le questionnaire.

Décrire brièvement les actions prévues pour «Mars Bleu» :

……………………………………………………………………………….………………………………………………………………….

……………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….………………………………………………………………….

……………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….………………………………………………………………….

**CE PROJET EST-IL**

A votre initiative ? OUI NON

A l’initiative de l’équipe médicale de cancérologie ? OUI NON

En partenariat avec La Ligue  ? OUI NON

En partenariat avec votre RRC ? OUI NON

En partenariat avec votre 3C ? OUI NON

Autre partenariat (association de patients par exemple) ? OUI NON

Si oui lequel : …………………………………………………………………………….……………………………………………

Faites-vous intervenir vos patients, ou anciens patients ? OUI NON

Avez-vous des commentaires particuliers ?

…………………………………………………………………………………………………………………………..……………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………