

# OCTOBRE ROSE 2015

**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 « Octobre Rose »**

Nom, Prénom :

Fonction :

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

Email : @

**OBJECTIF DE VOTRE PROJET « Octobre Rose »**

Inciter les patientes 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 patientes et équipes soignantes ?

OUI NON

Autre objectif ? Précisez (2 lignes)

Décrire brièvement les actions prévues pour « Octobre Rose » : (5 lignes)

**VOTRE 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 patientes par exemple) ? OUI NON

Si oui lequel :

Faites-vous intervenir vos patientes, ou anciennes patientes ? OUI NON

Avez-vous des commentaires particuliers ? (3 lignes)

Que souhaiteriez-vous comme support de la part de la FHP-MCO et de l’AFC UNHPC pour faire connaitre vos actions « Octobre Rose » ? (2 lignes)