

Nom de la structure proposant les séances :

Département : Calvados Eure Manche Orne Seine Maritime

A compléter par le bénéficiaire :

Sexe Féminin
 Masculin

Année de naissance

Localisation du cancer

- Poumon
- Sein
- Colo-rectal
- Prostate
- Utérus
- Hématologie
- VADS
- Système nerveux central
- Autres

Je confirme bénéficier du dispositif IMAPAC pour la première fois. Oui Non

J'ai fourni une prescription médicale d'Activités Physiques Adaptées Oui Non

Je suis en cours de traitement ou j'ai terminé mes traitements* depuis moins d'1 an Oui Non
**Traitements conventionnels (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie)*

J'autorise OncoNormandie à utiliser les réponses pseudonymisées uniquement dans le cadre de l'évaluation du dispositif IMAPAC. Oui Non

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à : dpo@onconormandie.fr. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant à tout moment.

Suivi des séances - Emargement

Date séances	Durée en min	J'atteste avoir suivi la séance
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bilan FINAL	1h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--/~/----		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Satisfaction du dispositif IMAPAC

Ce dispositif a-t-il été bénéfique pour vous ?

Oui Non

Etes-vous satisfait des activités physiques adaptées proposées ?

Très Satisfait Moyennement Satisfait
 Satisfait Pas Satisfait

Etes-vous satisfait de la prise en compte de vos difficultés ?

Très Satisfait Moyennement Satisfait
 Satisfait Pas Satisfait

Etes-vous satisfait de l'ambiance générale ?

Très Satisfait Moyennement Satisfait
 Satisfait Pas Satisfait

Allez-vous continuer à pratiquer de l'Activité Physique ?

Oui Non