**Questionnaire APF- Dépistage- Prévention**

**Cancer du sein et ou colorectal**

**A RENVOYER A : Sarah BRUN UDAPEI 74 – 6 rue des Alouettes 74000 ANNECY**

**Mail :** [**s.brun@udapei74.fr**](mailto:s.brun@udapei74.fr)

L’Agence Régional de la Santé met en place une action pour améliorer l'accès au dépistage et à la prévention des cancers du sein et colorectal pour tous. Le projet s’adresse plus spécifiquement aux personnes en situation de handicap, dans la région Auvergne Rhône-Alpes.

L’objectif du questionnaire :

* Connaître les pratiques et les besoins des personnes en situation de Handicap moteur, en matière de dépistage.
* Améliorer l’accès au dépistage pour tous. Repérer les difficultés actuelles et proposer des axes d’amélioration.

Au cours des deux dernières années, avez-vous participez à un dépistage d’un cancer ?

□ Oui, j'ai participé □ Non, je n’ai pas participé

Avez-vous effectué le dépistage du cancer colorectal ?

□ Oui, j'ai participé □ Non, je n’ai pas participé

Si non, est-ce par choix □ est-ce par absence d’information □

Si oui, avez-vous rencontré des difficultés particulières ?

Dans l’échange avec le médecin traitant □

Oubli du prélèvement □

Réalisation du prélèvement □

Exam trop contraignant □

Méconnaissance du dépistage □

Autre :….......................................................................................................................................

Si vous êtes une femme, avez-vous effectué le dépistage du cancer du sein ?

□ Oui, j'ai participé

□ Non, je n’ai pas participé



Si non, est-ce par choix □ est-ce par absence d’information □

Si vous êtes une femme à quel endroit avez-vous réalisé une mammographie ?

□ Dans un cabinet indiqué sur l’invitation

□ Dans un cabinet privé

□ A l’hôpital

□ Je n’ai pas fait de mammographie

Avez-vous rencontré des difficultés particulières ?

Matériel non adapté □

Accompagnement médical non adapté lors du RDV □

Manque de personnel □

Manque de compréhension de l’utilité du dépistage □

Autre □…………………………………………………………………………………………………………………………………..



Avez-vous été satisfait de l’accueil au cabinet ? (Cocher la case correspondante à votre niveau de satisfaction 1 étant le plus bas et 4 le plus élevé)

4 □ Très satisfait

3 □

2 □

1 □ Pas satisfait du tout



Avez-vous été satisfait de la prise en charge lors de la mammographie ? (Cocher la case correspondante à votre niveau de satisfaction 1 étant le plus bas et 4 le plus élevé)

4 □ Très satisfait

3 □

2 □

1 □ Pas satisfait du tout

Avez-vous besoin d’être accompagné pour effectuer la mammographie ?

□ Oui, j'en ai besoin

□ Non, je n'en ai pas besoin



L’accompagnement de votre choix a-t-il été accepté ?

□ Oui, il l'a été

□ Non, il ne l'a pas été

Avez-vous des commentaires à ajouter ?

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

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

*Renseignements généraux :*



Etes-vous en situation de Handicap :

□ Oui, j’ai remplis un dossier au niveau de la MDPH

□ Oui, mais je n’ai pas fait de démarche particulière

□ Non, je ne suis pas en situation de handicap

Vous avez :

□ 50 à 59 ans

□ 60 à 69 ans

□ 69 à 75 ans

Vous êtes :

□ Un homme

□ Une femme



Où habitez-vous ? (Code postal)

Où avez-vous été soigné ? (Code postal)



Votre réponse



Votre réponse