

10. a) Utilisez-vous ou avez-vous utilisé certains des services de L'espoir, c'est la vie? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s)? _____

b) Y a-t-il d'autres membres de votre famille qui ont utilisé certains des services de L'espoir, c'est la vie? Oui Non Si oui, le(s)quel(s)? _____

11. Vous vous inscrivez au Centre de bien-être en tant que:

- patient/e atteint/e de cancer ou survivant/e de cancer
- proche

12. Qui vous a référé au Centre de bien-être ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Vous-même
- Famille/ami(e)
- Personnel ou bénévole de L'espoir, c'est la vie
- Votre médecin, par une demande de consultation pour le programme d'exercices
- Votre médecin par une demande de consultation pour les activités autres que le programme d'exercices
- Un autre membre du personnel de l'hôpital (infirmière, travailleuse sociale, etc.)
Spécifiez: _____
- Un membre d'un organisme communautaire (ex. Société canadienne du cancer, CLSC)
Spécifiez: _____
- J'en ai entendu parler dans un média ou sur le site web de l'HGJ ou de L'espoir, c'est la vie)
- Autre (spécifiez): _____

Si vous êtes atteint/e de cancer, svp répondez à toutes les questions qui suivent.
Si vous n'êtes pas atteint/e de cancer, passez à la question #17.

Les questions suivantes se rapportent aux différents types de traitement pour votre cancer.
Lisez attentivement les questions avant de répondre.

13. a) Date du diagnostic _____ / _____
 mois / année

b) Type(s) de cancer : _____

c) Quel(s) traitement(s) avez-vous suivi(s) ou allez-vous suivre ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Greffe de moëlle osseuse |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hormonothérapie | |

14. Avez-vous eu des récurrences ou des métastases ? Oui Non

a) Date(s) de la (des) récurrence(s) ou des métastases : _____

b) Type(s) de récurrence(s) ou de métastases: _____

15. Nom de votre oncologue? _____

16. Dans quel hôpital suivez-vous les traitements ?

- Hôpital général juif
- Autre : (spécifiez) _____

17. Le Centre de bien-être offre des services dont les recherches ont prouvé l'utilité pour faciliter la récupération après un diagnostic de cancer et pour assurer le bien-être général. À certains moments, différents projets de recherches seront mis en œuvre et nous voudrions vous demander d'y participer. Seriez-vous prêt/e à être contacté/e pour contribuer à l'un de ces projets de recherche? Souhaiteriez-vous y participer ? Oui Non **Merci !**

18. Mes objectifs de bien-être sont (santé physique, mentale et spirituelle) :

a. _____

b. _____

c. _____