

Donnez votre opinion sur la recherche sur le cancer infantile.

Informations de contact

Nom _____

Adresse courriel _____

Lequel des énoncés suivants vous décrit le mieux?
Veuillez sélectionner l'une de ces options

- Je suis un enfant ou un adolescent atteint d'un cancer ou un survivant d'un cancer infantile
- Je suis un membre de la famille ou un ami d'un enfant atteint d'un cancer ou d'un survivant
- Je suis un membre de la famille ou un ami d'un enfant atteint de cancer ou un survivant qui répond à cette enquête au nom de l'enfant atteint d'un cancer
- Je suis un professionnel de la santé qui prend soin d'enfants atteints de cancer ou de survivants

Souhaitez-vous être contacté pour participer d'avantage à ce projet d'établissement des priorités?

- Oui
- Non

Souhaitez-vous recevoir des mises à jour par e-mail concernant ce projet de définition des priorités?
(Pas plus d'un email par mois)

- Oui
- Non

Souhaitez-vous être contacté pour participer davantage à de futurs projets de recherche sur le cancer pédiatrique?

- Oui
- Non

Merci d'avoir participé!

Si vous avez des questions ou des commentaires au sujet du sondage que vous avez rempli ou sur le Partenariat pour l'établissement des priorités pour le cancer pédiatrique, veuillez contacter Lindsay Jibb à lindsay.jibb@sickkids.ca.

Observations Générales

Commentaires _____