

Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada
Formulaire d'évaluation

1. Quelle cote accorderiez-vous à l'information présentée quant à son utilité dans les secteurs suivants? (1 = faible et 5 = excellente)

FACTEURS DE RISQUE	___	INTERVENTIONS	___
SERVICE	___	COÛTS	___
EFFETS SUR LA SANTÉ	___	LES JEUNES	___
RÉSUMÉ	___	RÉPERCUSSIONS	___

2. Selon vous, quelle information ne figure pas dans la publication et devrait être ajoutée à la prochaine édition?

3. Comment avez-vous obtenu votre exemplaire?

EXEMPLAIRE ENVOYÉ À TITRE GRACIEUX	___	À UNE CONFÉRENCE	___
À LA DEMANDE D'UNE ORGANISATION SUBVENTIONNAIRE	___	D'UN COLLÈGUE	___

AUTRE, veuillez préciser _____

4. Quel est votre domaine de compétence ou d'intérêt? (Cochez tous les domaines pertinents.)

MÉDECINE CLINIQUE	___	RECHERCHE	___
SANTÉ PUBLIQUE	___	POLITIQUE DE LA SANTÉ	___
STATISTIQUES	___	PROMOTION DE LA SANTÉ	___
ÉDUCATION	___	AUTRE, veuillez préciser	_____

5. Quel type d'organisation représentez-vous? (Cochez tous les types pertinents.)

ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE (ONG)	___	GOUVERNEMENT PROVINCIAL	___
GOUVERNEMENT FÉDÉRAL	___	SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE/RÉGION	___
UNIVERSITÉ	___	PRATIQUE CLINIQUE	___
MEMBRE DU PUBLIC	___	AUTRE, veuillez préciser	_____

Autre commentaire : _____

MERCİ

plier ici

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____



0661193199-K1P5V9-BR01

**FONDATION DES MALADIES DU COEUR
 DU CANADA
 222 RUE QUEEN BUREAU 1402
 OTTAWA ON K1P 9Z9**