**Titre de l'étude :** *Évaluation de la disponibilité et de la capacité fonctionnelle des services de lutte contre le cancer du col de l'utérus dans le cadre du programme xxxxxxx*

Cher responsable,

Nous représentons xxxxxxxx. Nous réalisons une évaluation de base des établissements de santé dans le but de trouver des moyens d'améliorer les services de lutte contre le cancer du col de l'utérus dans tout le pays. En consultation avec le ministère de la santé, cet établissement a été sélectionné pour participer à l'étude.

Nous sollicitons votre soutien pour nous permettre de visiter les différents secteurs de votre établissement qui soutiennent la prestation de services en lien avec le cancer du col de l'utérus. L'équipe de l'étude aimerait voir les différentes fournitures, équipements et médicaments disponibles et accéder à certains de vos documents, notamment les dossiers des clients, les registres et les rapports mensuels des établissements de santé. Nous prévoyons d'être sur place environ 3 à 4 heures.

L'autorisation de mener cette évaluation est volontaire - vous pouvez choisir de ne pas participer à cette évaluation, et même si vous acceptez que votre établissement participe, vous pouvez retirer votre autorisation à tout moment. Il n'y aura aucune pénalité si vous décidez de ne pas participer ou si vous vous retirez de l'étude.

Les informations issues de cette évaluation sont confidentielles. Nous n'enregistrerons pas les noms des prestataires de soins de santé ou des clients pendant cette évaluation. Aucune information individuelle sur la qualité des soins de santé fournis aux patients ne sera partagée avec des collègues ou des superviseurs. Nous vous fournirons un bref compte-rendu des résultats généraux lors de notre visite avant notre départ de l'établissement.

Votre participation à cette étude ne vous apportera aucun avantage direct, mais nous espérons que les résultats de l'étude serviront de base à des activités visant à améliorer les services de santé dans ce pays. Nous vous demandons votre aide pour garantir l'exactitude des informations que nous recueillons. Nous nous efforcerons de ne pas déranger les patients ou les prestataires de soins de santé pendant leurs consultations.

Si vous avez des questions ou des préoccupations sur l'étude après notre départ aujourd'hui, vous pourrez également insérer le nom du point focal l’évaluation au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avons-nous votre accord pour procéder à l'évaluation ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom en imprimé du responsable de l'établissement

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du responsable de l'établissement

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date

*Donnez une copie de ce formulaire au responsable de l'établissement et conservez une seconde copie pour les dossiers du programme.*