DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL
FICHE DE LIAISON

NOM et PRENOM : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Adresse : ……

Code postal et Ville : ……

Date de naissance : ……../……../……………. Tel : …….. …….. …….. …….. …….. …….. …….. …….. …….. ……..

Caisse de sécurité sociale et N° S.S : ………..

☐ **DEMANDE D'ETIQUETTES :** Merci d'informer votre patient d'attendre de recevoir son invitation avec ses étiquettes pour effectuer le test.

☐ **EXCLUSION :** Votre patient n'est pas concerné par ce dépistage dans les cas indiqués ci-dessous. Merci de remplir et de renvoyer ce questionnaire.

☐ **Votre patient ne participe pas au dépistage pour l'une des raisons suivantes :**

☐ On lui a diagnostiqué par le passé un ou plusieurs adénome(s) ou polype(s) nécessitant une surveillance par coloscopie*.

☐ On lui a diagnostiqué par le passé un cancer du côlon ou du rectum * Date : I__I I _I I__I__I I__I__I__I__I

☐ On lui a diagnostiqué une maladie inflammatoire chronique intestinale (rectocolite hémorragique, maladie de Crohn)*

Il a eu ou va avoir l'un des examens suivants :

☐ il doit prochainement réaliser une coloscopie pour un autre motif que ceux qui sont cités ci-dessus :

Date: I__I I _I I__I__I I__I__I__I__I

Motif : ....

☐ il a eu une coloscopie il y a moins de 5 ans: Date : I__I I _I I__I__I I__I__I__I__I

Motif : ....

☐ Il a eu un un « coloscanner » il y a moins de 2 ans (quel que soit le motif) : Date : I__I I _I I__I__I I__I__I__I__I

☐ Il a fait un test de recherche de sang dans les selles pour dépister ce cancer il y a moins de 2 ans :

Date: I__I I _I I__I__I I__I__I__I__I

Il a <u>dans sa famille</u> des personnes répondant aux critères suivants :

☐ Dans sa famille, l'un de ses parents au 1er degré (père, mère, enfant, frère, sœur) a eu un adénome avancé** ou un cancer colorectal avant 65 ans *

☐ Dans sa famille 2 parents ou plus au 1er degré (père, mère, enfant, frère, sœur) ont eu un adénome avancé** ou un cancer colorectal*

☐ Dans sa famille il y a un ou des cas de polypose adénomateuse familiale ou de syndrome de Lynch *

☐ **Il ne souhaite pas ou ne peut pas participer au dépistage pour une autre raison.**

Motif : ………

Merci de préciser si il s'agit d'une exclusion définitive au programme de dépistage***: ☐ OUI ☐ NON

Nom et prénom du médecin traitant : .... ou

Lieu d'exercice : ....

Date : ……../……../…………….

Cachet du médecin

Nous vous remercions de retourner ce document complété grâce aux enveloppes T au nom de DOC Savoie à votre disposition.

**** Un suivi régulier par coloscopie est en général recommandé dans ce cas.***

*** Le caractère "avancé" d'un adénome (ou polype adénomateux) repose soit sur sa taille (plus de 10mm) soit sur son analyse microscopique (adénome en dysplasie de haut grade ou présence d'un contingent villeux)*

****** Il est possible de revenir à tout moment sur ce choix en contactant DOC Savoie.***

DOC Savoie tel : 04-79-68-30-40 fax : 04-79-68-30-41 mail : contact.docsavoie@magic.fr