



EN CAS DE SYMPTÔMES ÉVOCATEURS D'UN CANCER COLORECTAL

- Présence de sang (rouge ou noir) dans les selles.
- Douleurs abdominales d'apparition récente, persistantes ou inexplicables, surtout après 50 ans.
- Troubles du transit récents et persistants, de cause inexplicée, comme une diarrhée, une constipation inhabituelle, ou une alternance de ces états, des coliques violentes, un syndrome rectal (faux besoins, ténésmes, épreintes).
- Amaigrissement inexplicé.
- Anémie ferriprive.

➤ **Consultation chez un gastro-entérologue en vue d'une coloscopie**

EN CAS DE RISQUE ÉLEVÉ

- ATCD personnel de cancer colorectal ou adénome.
- ATCD familial de cancer colorectal ou adénome de plus de 10 mm survenu chez 1 parent au 1^{er} degré < 65 ans ou chez 2 parents au 1^{er} degré (quel que soit l'âge).
- Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn).

➤ **Surveillance par coloscopie**

EN CAS DE RISQUE TRÈS ÉLEVÉ (PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE)

- Polypose adénomateuse.
- Cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC, ou syndrome de Lynch).

➤ **Surveillance par chromocoloscopie et suivi en consultation d'oncogénétique**

SI LA PERSONNE A RÉALISÉ...

- Une coloscopie totale il y a moins de 5 ans.
- Un coloscanner seul ou une coloscopie incomplète suivi d'un coloscanner il y a moins de 2 ans.

FICHE EXCLUSION DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL

Rappel des critères d'exclusion au verso



En l'absence de présentation du courrier ODLC

Compléter et retourner ce document
dans une enveloppe T (envoi sur demande)
ou par mail contact@odlc.org

Patient H F Nom Prénom

Date Naissance ___/___/____ N° SS

Adresse

Je NE remets PAS de kit de dépistage à mon patient 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 ___/___/____
- 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 ___/___/____ Motif :
- Il a eu une coloscopie il y a moins de 5 ans :
Date ___/___/____ Motif :
- Il a eu un « coloscanner » il y a moins de 2 ans (quel que soit le motif) :
Date ___/___/____ Motif :
- Il a fait un test de recherche de sang dans les selles pour dépister de ce cancer il y a moins de 2 ans
Date ___/___/____

• Il a dans sa famille des personnes répondant aux critères suivants :

- Un de ses parents au 1er degré (père, mère, enfant, frère, sœur) a eu un cancer colorectal ou un adénome avancé avant 65 ans *
- Deux parents ou plus au 1er degré (père, mère, enfant, frère, sœur) ont eu un cancer colorectal ou un adénome avancé >10mm *
- Il y a un ou des cas de polypose adénomateuse familiale ou de syndrome de Lynch *

• Il ne souhaite pas cette fois-ci réaliser le test de dépistage pour une autre raison.

Motif :

=> Si il ne souhaite pas recevoir les prochaines invitations merci de cocher la case ci-contre et lui faire signer ce document **

Signature du patient

* Un suivi régulier par coloscopie est en général recommandé dans ce cas. Voir détails dans les conditions d'exclusion au verso.
** Il lui est possible de revenir à tout moment sur ce choix en contactant la structure de gestion de son département.

Vos coordonnées sont préremplies sur chaque FICHE d'IDENTIFICATION située DANS LE KIT DE DEPISTAGE commandé sur l'espace Pro Ameli (<https://espacepro.ameli.fr>). Ces infos sont utilisées pour vous adresser les résultats du test, assurer le suivi en cas de test positif & faciliter le recensement du nombre de tests réalisés par vos patients.

Date ___/___/____

Signature médecin

Cachet cabinet médical