

# Fiche de renseignements médicaux

<p><b>Identification du médecin prescripteur</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: center; color: gray;">Coller une étiquette</p>	<p><b>Identification du médecin traitant si différent</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 10px;"></div>	<p><b>Identification de la bénéficiaire</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: center; color: gray;">Coller une étiquette</p>
--	--	---

## FICHE À REMPLIR

→ **soit par le médecin**  
lors de la consultation

→ **soit par la bénéficiaire**  
si les examens de dépistage ODLC  
ne sont pas réalisés

### Dépistage du cancer du SEIN

<p><input type="checkbox"/> Je prescris la mammographie de dépistage ce jour</p> <p><input type="checkbox"/> N'a jamais fait de mammographie</p>	<p><input type="checkbox"/> Je ne prescris pas la mammographie de dépistage ce jour pour les raisons suivantes :</p> <p><input type="checkbox"/> ATCD personnel de cancer du sein année _____</p> <p><input type="checkbox"/> Surveillance d'une image anormale ou d'une lésion à risque</p> <p><input type="checkbox"/> Mammographie &lt; 12 mois mois _____ année _____</p> <p><input type="checkbox"/> Anomalie clinique évidente (bilan sénologique à titre diagnostique)</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi spécialisé pour haut risque familial :</p> <p><input type="checkbox"/> Autres _____</p>	<p><input type="checkbox"/> J'ai déjà réalisé une mammographie mois _____ année _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne suis pas concernée par la mammographie pour les raisons suivantes :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---	--

### Dépistage du cancer du COLON-RECTUM

<p><input type="checkbox"/> Je remets le test Hémocult</p>	<p><input type="checkbox"/> Je ne remets pas le test Hémocult ce jour pour les raisons suivantes :</p> <p><input type="checkbox"/> ATCD personnel de cancer</p> <p><input type="checkbox"/> ATCD d'adénome avancé</p> <p><input type="checkbox"/> ATCD familiaux de cancer colorectal ou d'adénome avancé avant 60 ans (parents, frères, sœurs, enfants)</p> <p><input type="checkbox"/> ATCD personnels maladie de Crohn, RCUH</p> <p><input type="checkbox"/> Symptôme digestif récent (trouble intestinal, rectorragie, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Coloscopie de moins de 5 ans mois _____ année _____</p>	<p><input type="checkbox"/> J'ai déjà pratiqué un test Hémocult mois _____ année _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis suivi par coloscopie mois _____ année _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne suis pas concerné par le test Hémocult pour les raisons suivantes :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	---

### COL DE L'UTÉRUS

Date du dernier frottis mois \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

(Signature)



OFFICE DE LUTTE CONTRE LE CANCER  
19, chemin de la Dhuy - Maupertuis  
BP 139 - 38244 MEYLAN Cedex  
Fax 04 76 41 29 57 [www.odlc.org](http://www.odlc.org)  
04 76 41 25 25 N° vert 0 800 37 38 82

Merci de retourner ce document à l'ODLC après l'avoir complété