

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Nom et cachet de la pharmacie

Nom et prénom du distributeur

Nom du médecin traitant du patient

Ville d'exercice du médecin traitant

INFORMATIONS PATIENT

Département de résidence

Nom et prénom

Date de naissance

Numéro de sécurité sociale

QUESTIONNAIRE POUR LE PATIENT

Avez-vous reçu une invitation au dépistage du cancer colorectal ? Oui Non

Avez-vous eu récemment :

Des selles recouvertes ou mêlées de sang rouge clair ou noir.

De fortes douleurs abdominales **récentes**, inexpliquées et **persistantes** (gaz, ballonnements, crampes, etc.).

Des troubles du transit **récents et persistants** (diarrhée, constipation, besoin pressant et continu d'aller à la selle, fausse envie d'aller à la selle, tension au niveau du rectum, expulsion des selles douloureuse et inefficace).

Une perte de poids inexpliquée.

Une anémie due à une carence en fer.

J'atteste n'avoir aucun des symptômes précédemment cités.

Antécédents personnels et/ou familiaux

J'ai ou j'ai eu un cancer colorectal.

J'ai ou j'ai eu un ou plusieurs adénomes avancés (polypes adénomateux).

J'ai une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique (Maladie Inflammatoire et Chronique de l'Intestin - MICI).

J'ai une maladie prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch).

L'un de mes parents au 1^{er} degré (père, mère, frère, sœur, enfant) a eu un cancer colorectal et/ou un adénome avancé (polype adénomateux).

Dans ma famille, il y a des cas de maladies prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch, etc.).

J'atteste n'avoir aucun des antécédents personnels et/ou familiaux cités.

Examens médicaux

J'ai eu une coloscopie il y a moins de 5 ans Année si connue

J'ai une coloscopie prévue prochainement. Année si connue

J'ai eu un « coloscanner » il y a moins de deux ans.

J'ai fait un test de dépistage il y a moins de deux ans.

J'atteste n'avoir réalisé aucun des examens cités.

REMISE DU TEST

Remise du test Oui Non

Date de remise du test

TRANSMISSION DES INFORMATIONS

Le patient ne s'oppose pas à la transmission de ces informations au Centre Régional de Dépistage des Cancers - Bourgogne-Franche-Comté. Il peut contacter la structure à contact@depistagedescancers-bfc.fr.