

Centre régional de coordination du
DÉPISTAGE DES CANCERS

Site de Département

SSSSSSSSSSSSSSSSSSSS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

xxx@xxx.org - 00 11 22 33 44

CODE BARRES

Madame XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
adresse
adresse
cp ville

Dépistage du cancer COLORECTAL

N° Réf

Ville, le [Date édition de l'invit ou de dépôt poste]



**VOUS AVEZ PLUS DE 50 ANS, le dépistage du cancer colorectal vous concerne.
PARLEZ-EN avec votre médecin traitant.**

[Madame, ou Monsieur,]

À partir de 50 ans, le risque de développer un cancer colorectal est plus fréquent.

Le dépistage, tous les 2 ans, est un moyen efficace de lutter contre ce cancer et de le détecter tôt, permettant ainsi de meilleures chances de guérison. Il est même possible de repérer dans certains cas une lésion précancéreuse et de la soigner avant qu'elle n'évolue en cancer.

Nous vous proposons de bénéficier du programme national de dépistage, que nous organisons en lien avec votre médecin traitant.

**Dès votre prochaine consultation, pensez à lui présenter cette lettre. Il vérifiera que vous êtes bien concerné(e) et vous remettra le nouveau test de dépistage.
Ce test, à réaliser chez vous, est pris en charge à 100 % sans avance de frais. Simple, rapide et indolore, il peut vous sauver la vie.**

Pour plus d'informations, nous vous invitons à lire le dépliant joint.

Si vous ne pouvez pas ou ne souhaitez pas utiliser cette invitation, merci de compléter et nous retourner le questionnaire au verso.

Avec toute mon attention, et restant à votre disposition pour répondre à vos questions au [N° Tél site territorial]

Dr [Prénom NOM]
Médecin coordonnateur
[SIGNATURE]

Le test de dépistage est recommandé tous les 2 ans

Votre dernier test date du : [Date]

En savoir plus sur : www.e-cancer.fr

ÉTIQUETTE À DATER ET À COLLER SUR LE TUBE

Présentez cette lettre et vos étiquettes au médecin lors de la consultation. Elles seront à utiliser lorsque vous ferez le test.

Data matrix
Nom
Prénom
N° Sécurité Sociale [N° SS]
Date réalisation du test ___/___/____

NUMÉRO D'INVITATION [n°]

NB : pour vérifier que vous êtes bien concerné(e), voir au dos.

ÉTIQUETTE À COLLER SUR LA FICHE D'IDENTIFICATION

code barre

M ou Mme [Titre]
Nom Jeune femme ou Nom [de naissance]
Nom
Prénom
Né(e) le [Date naissance]
N° Sécurité Sociale [N° SS]
Adresse 1
Adresse 2
Adresse 3
Adresse 4
CP Localité
Organisme de rattachement
N° Invitation

Information relative au traitement de vos données personnelles et à vos droits

Au titre de leur mission de service public, les structures en charge de la gestion des dépistages des cancers constituent des fichiers d'invitation à partir d'un traitement de données automatisé et assurent le suivi des personnes concernées par le dépistage. À ces fins, elles recueillent des données concernant votre identité et votre santé auprès des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé concernés. La structure de votre région conservera l'ensemble de vos données jusqu'à la fin de votre suivi. Les données nécessaires à votre suivi médical seront transmises aux professionnels de santé concernés. Les données nécessaires aux évaluations et travaux statistiques seront communiquées aux structures publiques en charge de ces missions, dont l'Institut national du cancer et Santé publique France. Conformément au Règlement général sur la protection des données 2016/679 et à la loi informatique et libertés n°78-17 modifiée, vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement, d'un droit à la portabilité de vos données et d'un droit à la limitation de leur traitement que vous pouvez exercer pendant la durée du traitement en écrivant à la structure de votre région à l'adresse suivante : Centre de coordination du DÉPISTAGE DES CANCERS Auvergne-Rhône-Alpes - 58 rue Robespierre 42100 ST ETIENNE. Vous trouverez l'ensemble de ses coordonnées, celles de son représentant et celles de son délégué à la protection des données sur son site internet. Un recours peut être introduit auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.





Vous n'êtes pas concerné par ce dépistage dans les cas indiqués ci-dessous.

Merci de remplir, de signer et de renvoyer ce questionnaire ou de le présenter à votre médecin traitant en cas de doute.

Je ne participe pas au dépistage pour l'une des raisons suivantes :

• **Vous vous trouvez personnellement dans l'une des situations suivantes :**

- On m'a diagnostiqué par le passé un ou plusieurs adénomes(s) ou polype(s) nécessitant une surveillance par coloscopie*
- On m'a diagnostiqué par le passé un cancer du côlon ou du rectum*
Date : / /
- On m'a diagnostiqué une maladie inflammatoire chronique intestinale (rectocolite hémorragique, maladie de Crohn)*

• **Vous avez eu ou allez avoir l'un des examens suivants :**

- Je dois prochainement réaliser une coloscopie pour un autre motif que ceux qui sont cités ci-dessus :
Date : / / Motif :
- J'ai eu une coloscopie il y a moins de 5 ans :
Date : / / Motif :
- J'ai eu un «coloscanner» il y a moins de 2 ans (quel que soit le motif) :
Date : / /
- J'ai fait un test de recherche de sang dans les selles pour dépister ce cancer il y a moins de 2 ans :
Date : / /

• **Vous avez dans votre famille des personnes répondant aux critères suivants :**

- Dans ma famille, l'un de mes parents au 1^{er} degré (père, mère, enfant, frère, soeur) a eu un cancer colorectal ou un adénome avancé avant 65 ans*
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 vilieux)
- Dans ma famille 2 parents ou plus au 1^{er} degré (père, mère, enfant, frère, soeur) ont eu un cancer colorectal ou un adénome avancé >10mm*
- Dans ma famille il y a un ou des cas de polypose adénomateuse familiale ou de syndrome de Lynch*

Je ne souhaite pas cette fois ci réaliser ce test de dépistage pour une autre raison.

Motif :

Si vous ne souhaitez pas recevoir les prochaines invitations merci de cocher la case ci-dessous et signer ce document** :

Je ne souhaite plus participer à ce programme de dépistage

Nous vous remercions de retourner ce document complété et signé au médecin coordonnateur de la structure de gestion des dépistages des cancers

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions sur la façon de répondre à ce questionnaire. (coordonnées au recto)

*un suivi régulier par coloscopie est en général recommandé dans ce cas. Parlez-en avec votre médecin.

**Il vous est possible de revenir à tout moment sur votre choix en contactant la structure de gestion de votre département.

Si vous le souhaitez, nom et prénom de votre médecin traitant :

..... OU

Date : __/__/____

Signature :

Cachet du médecin
