

DÉPISTAGE DES CANCERS

Centre de coordination
Auvergne-Rhône-Alpes

Centre régional de coordination du
DÉPISTAGE DES CANCERS

Site XXXXXXXX XXXXX XXXXXX

SSSSSS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



[*N° référence* (code barre en C39)]

[Nom Prénom]

[Adresse 2]

[Adresse 1]

[CP] [Localité]

Dépistage du cancer du SEIN

[N° de référence]

Madame,

[Ville], le [DATE d'édition de l'invit]



À partir de 50 ans, le risque de développer un cancer du sein augmente. Le dépistage permet de détecter d'éventuelles lésions avant même l'apparition de symptômes. Plus un cancer du sein est détecté tôt et plus les chances de guérison sont importantes.

Nous vous proposons de réaliser tous les 2 ans une mammographie prise en charge à 100%, sans avance de frais.



Comme tout acte médical, le dépistage a des bénéfices et des limites. Nous vous invitons donc à lire attentivement le document joint. Vous y trouverez les informations utiles pour prendre votre décision.



Si vous avez besoin d'autres informations, vous pouvez en discuter avec votre médecin traitant ou votre gynécologue, et en profiter pour aborder les autres examens et mesures préventives recommandés à cette période de la vie.



Pour vous faire dépister, le plus simple est de prendre rendez-vous avec l'un des radiologues agréés figurant dans la liste ci-jointe, en lui précisant que vous avez reçu ce courrier d'invitation. Le jour de l'examen, apportez :

- ce courrier (il fait office de prise en charge valable jusqu'au [DATE])
- votre carte Vitale
- les clichés de vos précédentes mammographies (si vous en disposez).



Un examen complémentaire est parfois nécessaire, par exemple une échographie : il sera remboursé par l'Assurance Maladie et votre complémentaire aux conditions habituelles.

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

Avec toute mon attention, et restant à votre disposition pour répondre à vos questions au **[N° TEL]**

Dr [Prénom NOM]
Médecin coordonnateur
[SIGNATURE]

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

NB : pour vérifier que vous êtes bien concernée, voir au dos.

Présentez cette lettre et vos étiquettes au radiologue. Elles seront utilisées pour l'identification de votre dossier.

ÉTIQUETTE À COLLER SUR L'ENVELOPPE DES CLICHÉS

[Nom d'usage prénom]
[N° référence + (code barre en C39)]

ÉTIQUETTE À COLLER SUR LA FICHE DE LECTURE

Madame _____ si modification, compléter

[Nom d'usage prénom]
Née [Nom de naissance]
Le [Date de naissance]
[N° SS]
[Adresse 1]
[Adresse 2]
Téléphone _____

La mammographie est recommandée tous les 2 ans

[Dat
[DA'

[N° référence + (code barre en C39)]

S'agissant de l'information relative au traitement de vos données personnelles et à vos droits, voir la mention au verso de ce courrier.

**Vous ne pouvez pas ou ne souhaitez pas utiliser cette invitation.
Afin de ne pas être relancée inutilement, nous vous remercions de compléter ce questionnaire et de le retourner signé au médecin coordonnateur (coordonnées au verso).
En cas de doute parlez-en à votre médecin.**

J'ai déjà effectué une mammographie des deux seins il y a moins de 2 ans :

Date :

Dans ce cas, vous recevrez une nouvelle invitation 2 ans après la date de cette mammographie.

Je suis déjà suivie suite à un cancer du sein depuis le :

Date :

Je suis actuellement suivie pour une anomalie détectée au niveau des seins.

J'ai une surveillance médicale particulière pour le dépistage du cancer du sein prescrite par mon médecin parce que :

J'ai dans ma famille des cas de cancers du sein et/ou des ovaires

J'ai une prédisposition génétique

J'ai eu une irradiation thoracique à haute dose pour un lymphome de Hodgkin

Je ne souhaite pas réaliser ce dépistage cette fois-ci. Vous recevrez une nouvelle invitation dans 2 ans.

Je ne désire plus recevoir d'invitation et me considère suffisamment informée concernant ce dépistage.

Sachez qu'il vous est possible de revenir à tout moment sur votre choix et ainsi de recevoir une invitation.

Nom/ Prénom : _____

Date Naissance :

Date et signature (dans le cadre)

Le / /

Si vous le souhaitez, merci de nous indiquer les coordonnées (nom, prénom, adresse) :

De votre médecin traitant _____

De votre gynécologue _____

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. A 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.