

Dépistage des Cancers en AuRA

[NOM DU SITE]

[Adresse postale du CRCDC sur 2 ou 3 lignes]

[email(s) du site sur 1 ou 2 lignes]



[Civilité Nom Prénom

Adresse

CP Ville]

Réf : [numéro patiente ou courrier]

[Née NOM DE NAISSANCE le jj/mm/aaaa]

Le [date]

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS : PLUS DE 10 MILLIONS DE FEMMES LE RÉALISENT RÉGULIÈREMENT. PRENEZ RENDEZ-VOUS.

Madame,

Le dépistage du cancer du col de l'utérus concerne toutes les femmes de 25 à 65 ans, même vaccinées contre le papilloma virus. C'est pourquoi je vous invite à bénéficier du **programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus** que nous organisons.

Ce dépistage permet d'éviter 90 % des cancers du col de l'utérus en repérant et traitant des lésions pré-cancéreuses. Il permet également de détecter des cancers de façon précoce.

Il s'agit d'un test simple, à réaliser chez le professionnel de santé de votre choix : gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme.

- **L'analyse du test est prise en charge à 100 % par votre régime d'assurance maladie, sans avance de frais.**
- **La consultation est à payer au professionnel de santé et vous sera remboursée par votre caisse d'assurance maladie et votre complémentaire santé aux conditions habituelles.**

Pour réaliser ce dépistage, je vous invite dès aujourd'hui à consulter le dépliant joint et à :

1. Vérifier que vous êtes bien concernée, en lisant le questionnaire situé au dos de ce courrier ;
2. Prendre rendez-vous chez votre professionnel de santé.

Avec toute mon attention,

[Identité médecin Dr Prénom NOM]

[Poste]

[Téléphone]

[Signature médecin]

**PRÉSENTEZ CETTE LETTRE ET VOS ÉTIQUETTES
AU PROFESSIONNEL DE SANTÉ LORS DE LA CONSULTATION.**

Elles seront à utiliser lorsque vous ferez le test.

ÉTIQUETTE À COLLER SUR LE PRÉLÈVEMENT

[Infos étiquette 1]

ÉTIQUETTE À COLLER SUR LA FICHE DE DEMANDE D'EXAMEN

[Infos étiquette 2]

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

QUESTIONNAIRE À REMPLIR POUR SAVOIR SI VOUS ÊTES CONCERNÉE OU NON PAR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

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

Merci de remplir et de renvoyer ce questionnaire au médecin coordonnateur du Centre de Coordination des Cancers de Auvergne-Rhône-Alpes par courrier à l'adresse mentionnée au dos. N'hésitez pas à contacter les équipes du Centre si vous avez des questions sur la façon de répondre à ce questionnaire ou à en parler à votre médecin.

1 - Concernant vos antécédents personnels et familiaux

Je n'ai pas ou plus de col de l'utérus (hystérectomie totale) et mon médecin a confirmé que je n'avais plus besoin de faire ce dépistage.

Année de mon hystérectomie :

J'ai été traitée (traitement conservateur, j'ai encore le col de l'utérus) pour une lésion précancéreuse ou cancéreuse du col de l'utérus.

Année de traitement :

2 - Concernant la réalisation d'examen

J'ai déjà réalisé un dépistage dans les délais recommandés en fonction de mon âge.

Date de mon dernier dépistage :

/ /

Indiquez le type de test :

Test HPV

Examen cytologique (frottis)

SI VOUS NE SOUHAITEZ PAS PARTICIPER AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS POUR MOTIF PERSONNEL, MERCI DE COCHER LA CASE CORRESPONDANTE CI-DESSOUS

REFUS TEMPORAIRE DE PARTICIPATION

Je ne souhaite pas réaliser **ce dépistage** du cancer du col de l'utérus suite à cette invitation.

Je serai donc invitée dans 3 ans ou 5 ans en fonction de mon âge (sauf en cas de dépistage réalisé dans l'intervalle)*.

* Il vous est possible de revenir à tout moment sur votre choix en nous adressant un courrier.

REFUS DÉFINITIF DE PARTICIPATION

Je ne souhaite pas participer **définitivement** au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et me considère suffisamment informée concernant ce dépistage.

Je ne serai plus invitée à ce dépistage*.

Nom : Prénom : Fait le :

Signature :

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

(1) Qui utilise mes données et pourquoi ? Au titre de leur mission d'intérêt public, les CENTRES DE COORDINATION DES DÉPISTAGES DES CANCERS (CRCDC) constituent des fichiers d'invitation et assurent le suivi des personnes concernées par le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Les CRCDC recueillent des données concernant votre IDENTITÉ et votre SANTÉ auprès des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé concernés. Certaines données nécessaires aux évaluations et travaux statistiques (pas de données identifiantes) pourront être utilisées au niveau du CRCDC pour analyser la qualité du programme et pour des travaux de recherches et de formations.

(2) Quels sont mes droits sur mes données ? Conformément au Règlement général sur la protection des données et à la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données, de rectification de ces dernières, d'un droit d'opposition à l'utilisation de vos données et d'un droit à la limitation de leur utilisation que vous pouvez exercer en remplissant le formulaire sur la protection des données le site internet du CRCDC (<https://www.depistagecanceraura.fr>) ou en écrivant au CRCDC AuRA à l'adresse mail ou postale indiquée en tête de l'invitation. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés.

Pour en savoir plus sur l'utilisation de vos données personnelles et les conséquences de l'exercice de votre droit d'opposition, vous pouvez scanner ce QR code ou consulter le site Internet <https://www.e-cancer.fr/Droits-donnees-personnelles-depistage>.

