



MME TEST TEST

10 AVENUE BOSCHETTI
74000 ANNECY

N/Ref : 0219999



Annecy, le 27 juin 2017

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



Madame, Monsieur,

A 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 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.



Le Médecin Coordonnateur
Docteur Chloé TARNAUD



En savoir plus : OSDC au 04.50.88.61.00, e-cancer.fr ou 0805.123.124 (prix d'un appel local)
NB. : Pour vérifier que vous êtes bien concerné(e), voir au dos.

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

ÉTIQUETTE À DATER ET À COLLER SUR LE TUBE

TEST
TEST
9 99 99 99 999 999 83
Date : ___/___/___

NUMÉRO D'INVITATION

07400002199995

ÉTIQUETTE À COLLER SUR LA FICHE D'IDENTIFICATION

Madame
TEST
TEST
TEST
né(e) le : 01/01/1955
N° Sec Soc : 9 99 99 99 999 999 83
10 AVENUE BOSCHETTI

74000 ANNECY
Organisme de rattachement : 017414161
N° Identifiant : 07400002199995

VOUS N'ÊTES PAS CONCERNÉ(E) 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 adénome(s) ou polype(s) nécessitant une surveillance par coloscopie *
- On m'a diagnostiqué par le passé un cancer du côlon ou du rectum*
Date : |J||J| |M||M| |A||A||A||A|
- 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 :
Motif: Date: |J||J| |M||M| |A||A||A||A|
- J'ai eu une coloscopie il y a moins de 5 ans :
Motif: Date : |J||J| |M||M| |A||A||A||A|
- J'ai eu un « coloscanner » il y a moins de 2 ans (quel que soit le motif) :.. Date : |J||J| |M||M| |A||A||A||A|
- J'ai fait un test de recherche de sang dans les selles pour dépister
ce cancer il y a moins de 2 ans : Date : |J||J| |M||M| |A||A||A||A|

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

- Dans ma famille, l'un de mes parents au 1er degré (père, mère, enfant, frère, sœur) a eu un adénome avancé ou un cancer colorectal 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 1er degré (père, mère, enfant, frère, sœur) 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-contre et signer ce document.**

Nous vous remercions de retourner ce document complété au Dr Chloé TARNAUD, médecin coordonnateur : CPAM 74 - Service OSDC - TSA 40017 - 74984 ANNECY Cedex 9. N'hésitez pas à nous contacter au 04 50 88 61 00 si vous avez des questions sur la façon de répondre à ce questionnaire.

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

ou

Cachet du médecin

Date : |J||J| |M||M| |A||A||A||A| Signature :

* 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.