

# QUESTIONNAIRE D'ÉLIGIBILITÉ AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

Nom : ..... Prénoms : .....  
Date de naissance : ...../...../19..... Age : ..... ans (de 50 à 74 ans)  
Téléphone : ..... Mail : .....@.....

**Pour savoir si vous pouvez participer au dépistage du cancer colorectal, il vous suffit de répondre à ces 2 questions :**

(merci de les lire toutes avant de cocher les cases)

1- J'ai fait un **test de dépistage (recherche de sang dans les selles)** il y a  OUI  NON  
**moins de deux ans**

**Si oui :**

Date : ..... / ..... / .....

2- J'ai fait une **coloscopie** il y a **moins de 5 ans**  OUI  NON

**Si oui, pour quel motif :** ↴

- J'ai une maladie inflammatoire intestinale chronique (recto colique hémorragique, Maladie de Crohn)
- J'ai des antécédents familiaux de maladies prédisposant au cancer colorectal (polypose familiale, syndrome de Lynch...)
- Je suis suivi(e) par coloscopie car dans ma famille, l'un de mes parents proches (père, mère, frère, sœur ou enfant) a eu un cancer colorectal avant l'âge de 65 ans
- Je suis suivi(e) par coloscopie, on m'a diagnostiqué un cancer du colon ou du rectum il y a ..... ans
- Autre motif : .....
- Coloscopie faite le : ..... / ..... / .....ou prévue le ..... / ..... / .....

**Si vous avez répondu oui à une des 2 questions ci-dessus, vous n'êtes pas concerné(e)** par ce dépistage.  
**Merci de consulter** votre médecin traitant et/ou votre gastroentérologue afin qu'il détermine le mode de surveillance adapté à votre situation.

Date : ..... / ..... / 2019

Signature :

Cachet de la pharmacie

**Quelque soit la réponse**, merci de remettre ce questionnaire à votre pharmacien qui vous délivrera éventuellement le test et nous fera parvenir ce document pour enregistrement.

Conformément aux dispositions de la Loi n°78-17 CNIL, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations personnelles vous concernant.  
Vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier.