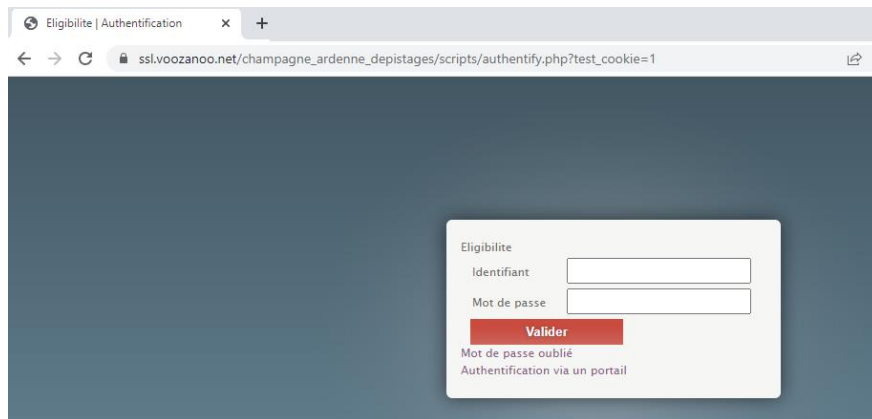


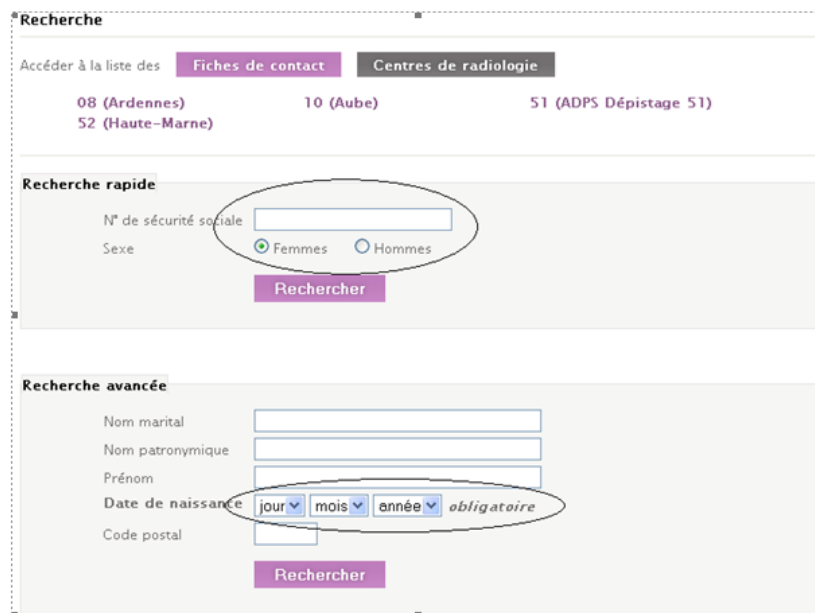
## I) Connexion au site d'éligibilité de la Lorraine

Sur la page d'accueil, indiquer votre identifiant et mot de passe reçus par courrier postal dans la suite de la validation de votre formation.



## II) Recherche du(de la) patient(e)

Soit par le numéro de sécurité sociale, soit par d'autres critères :



Si ce message s'affiche :



Il n'existe pas de personne répondant à ces critères de recherche.  
Vous pouvez **affiner** votre recherche ou **contacter** le responsable  
d'une structure de gestion.

Le(la) patient(e) :

- ne réside pas dans l'ante région Champagne-Ardenne (vérifier que vous consultez bien l'interface du lieu de résidence) ;
- OU n'est pas dans la tranche d'âge (50 à 74 ans)
- OU n'a pas de droits ouverts au régime général ou autres régimes.

### III) Eligible au dépistage organisé du cancer colorectal ?

#### a) NON

Depistage du cancer colo-rectal  
 Eligible à partir du 21/11/2024

Coordonnées de l'assuré(e)

|                     |                      |             |                     |
|---------------------|----------------------|-------------|---------------------|
| Nom                 |                      | Département | 10                  |
| Prénom              | ██████████           | Caisse      | 01101               |
| Nom patronymique    | ██████████           | Adresse     | 1503 RUE ██████████ |
| Date de naissance   | 26/11/1971           |             |                     |
| NSS                 | 1 71 11   ██████████ |             |                     |
| Numéro de référence | 10178053             |             |                     |

Contactez nous pour ce patient

Car le(la) patient(e) se trouve dans un de ces cas de figures :

- le(la) patient(e) a pratiqué un test Immunologique il y a moins de 2 ans ;
- le(la) patient(e) a pratiqué une coloscopie il y a moins de 5 ans ;
- le(la) patient(e) est en exclusion définitive (antécédents familiaux, cancer, etc.).

→ **Action attendue de votre part : Ne pas remettre de test.**

*ATTENTION, ne pas tenir compte du dépistage du cancer du Sein*

#### b) OUI

~~Depistage du cancer du sein~~  
 - Saisir la fiche d'Exclusion  
Eligible à partir du 20/05/2023

Depistage du cancer colo-rectal  
 - Saisir la fiche d'Exclusion/Inclusion

Coordonnées de l'assuré(e)

|                     |                      |             |                   |
|---------------------|----------------------|-------------|-------------------|
| Nom                 | ██████████           | Département | 10                |
| Prénom              | ██████████           | Caisse      | 01101             |
| Nom patronymique    | ██████████           | Adresse     | 19 RUE ██████████ |
| Date de naissance   | 28/07/1961           |             |                   |
| NSS                 | 2 61 07   ██████████ |             |                   |
| Numéro de référence | 10115815             |             |                   |

Contactez nous pour ce patient

→ Cliquer sur « Saisir la fiche d'Exclusion / Inclusion » :

EXCLUSION DEFINITIVE (Risque élevé de CCR, patient suivi par coloscopie)

Antécédents personnels

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Cancer du côlon                               | <input type="checkbox"/> |
| Polype(s) justifiant une exclusion définitive | <input type="checkbox"/> |
| Crohn, RCH                                    | <input type="checkbox"/> |

Antécédents familiaux

|                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| CCR 1 parent 1er degré < 65ans      | <input type="checkbox"/> |
| CCR 2 parents 1er degré             | <input type="checkbox"/> |
| Syndrome de Lynch, P.A.F,H.N.P.C.C. | <input type="checkbox"/> |

EXCLUSION TEMPORAIRE

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Refus du Patient                                  | <input type="checkbox"/> |
| Recherche de sang dans les selles < 12 mois       | <input type="checkbox"/> |
| Rectorragie macroscopique/dépistage symptomatique | <input type="checkbox"/> |
| Coloscopie normale et complète                    | <input type="checkbox"/> |
| Maladie intercurrente                             | <input type="checkbox"/> |
| Coloscaner de moins de 2 ans                      | <input type="checkbox"/> |
| coloscopie programmée                             | <input type="checkbox"/> |

date coloscopie programmée

mm/aaaa (jj/mm/aaaa)

Annuler Enregistrer

- Soit le(la) patient(e) présente un critère d'exclusion relevé lors de votre interrogatoire :  
→ **Action attendue de votre part** : Cocher la case correspondante au motif d'exclusion du dépistage signalé lors de l'interrogatoire, « Enregistrer » et **ne pas remettre de test**.  
*ATTENTION, ne pas tenir compte de la partie « dépistage du cancer du Sein »*
- Soit le(la) patient(e) ne présente aucun critère d'exclusion relevé lors de votre interrogatoire :  
→ **Action attendue de votre part** : Cocher la case « Test Immuno remis » et « Enregistrer ». **Vous pouvez lui remettre le test**.  
*ATTENTION, ne pas tenir compte de la partie « dépistage du cancer du Sein »*



Inclusion du patient

Test immuno remis

Demande d'envoi d'étiquettes pour identifier le test immuno