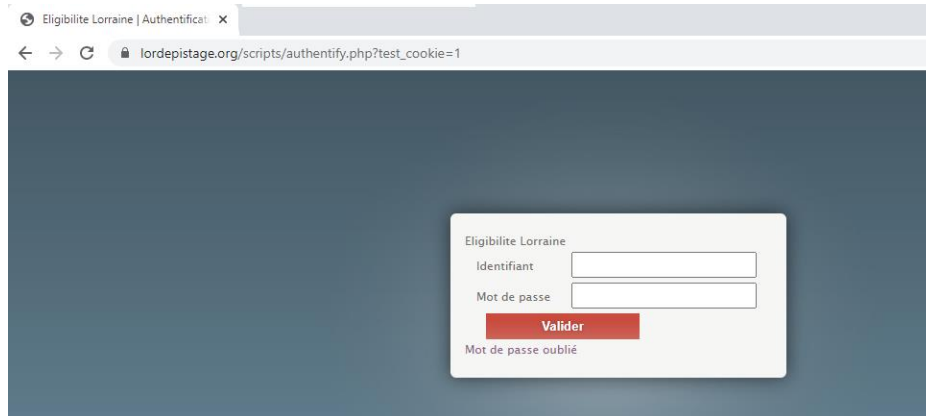


I) Connexion au site d'éligibilité de la Lorraine

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 :

Accéder à la liste des **Fiches de contact** **Centres de radiologie**

54 (CRCDC Site 54)
88 (CRCDC - Site 88) 55 (CRCDC G-E Site55) 57 (CRCDC Grand Est - Site57)

Recherche rapide

N° de sécurité sociale

Sexe Femmes Hommes

Rechercher

Recherche avancée

Nom marital

Nom patronymique

Prénom

Date de naissance jour mois année *obligatoire*

Code postal

Rechercher

Si ce message s'affiche :



Le(la) patient(e) :

- ne réside pas dans l'ante région Lorraine (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 20/09/2023~~

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"/>
Coloscanner 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	<input checked="" type="checkbox"/>
Demande d'envoi d'étiquettes pour identifier le test immuno	<input type="checkbox"/>