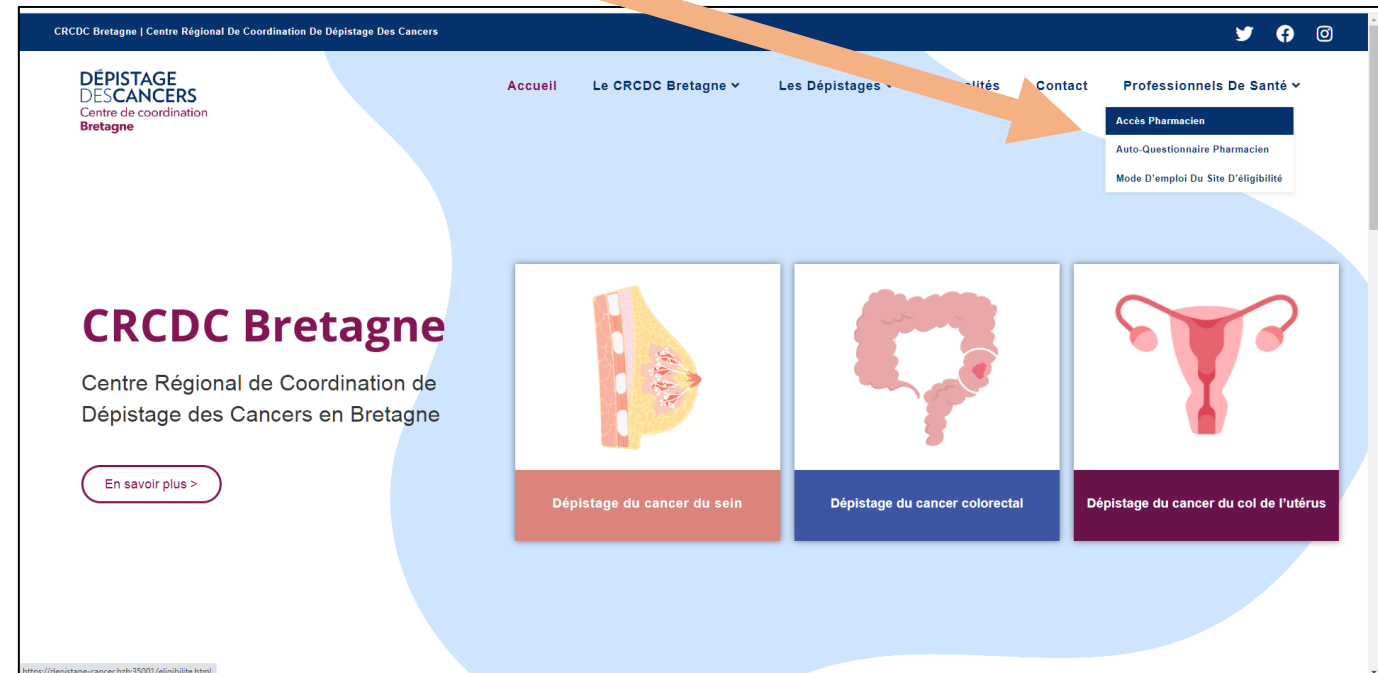


SITE D'ELIGIBILITE DU CRCDC BRETAGNE

- ACCES A PARTIR DE SEPTEMBRE 2022
- INDIQUE L'ELIGIBILITE SUR LE DOCCR POUR LE MOMENT et permet échanges **sécurisés** pharmacien / CRCDC
- CONNEXION AU SITE D'ELIGIBILITE A PARTIR DU SITE INTERNET : <https://depistage-cancer.bzh>
 - Sous l'onglet Professionnels De Santé « **Accès Pharmaciens** »

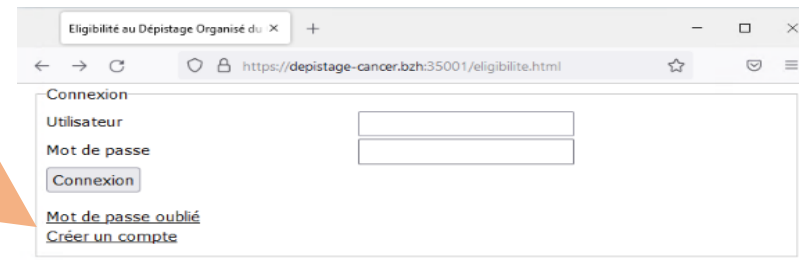
- DEMANDE DE CREATION DE COMPTE :

- A faire par le pharmacien uniquement
1 compte = 1 pharmacien
- En ligne
- A renseigner : **numéro RPPS**, identité, coordonnées, mail sécurisé



ETAPES DE CREATION DU COMPTE - SITE D'ELIGIBILITE DU CRCDC BRETAGNE

- 1^{ère} étape : Créez votre compte en cliquant sur le lien [Créer un compte](#)
- 2^{ème} étape : Renseignez votre numéro RPPS, puis validez



Eligibilité au Dépistage Organisé du x +
https://depistage-cancer.bzh:35001/eligibilite.html

Connexion

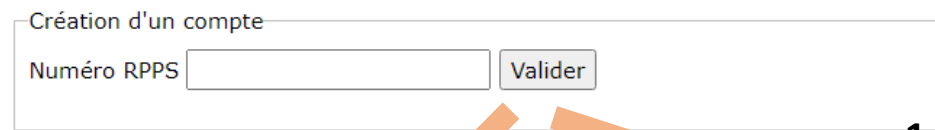
Utilisateur

Mot de passe

Connexion

[Mot de passe oublié](#)

[Créer un compte](#)



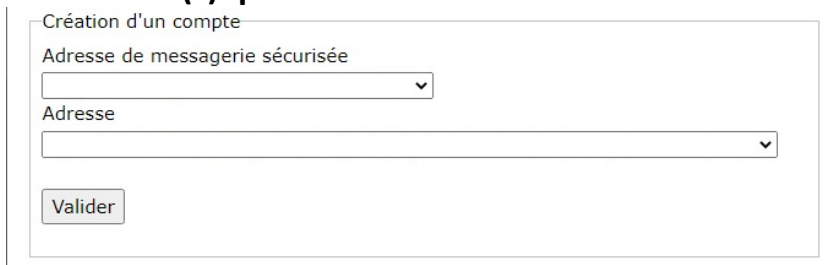
Création d'un compte

Numéro RPPS

Valider

**1 seule adresse mail sécurisée et 1 seul lieu d'exercice ?
l'écran suivant se remplit automatiquement**

**Si vous avez plusieurs adresses mail sécurisées
et/ou plusieurs adresses d'exercice,
Choisissez dans le(s) menu(s) déroulant(s)
celle(s) que vous souhaitez utiliser**



Création d'un compte

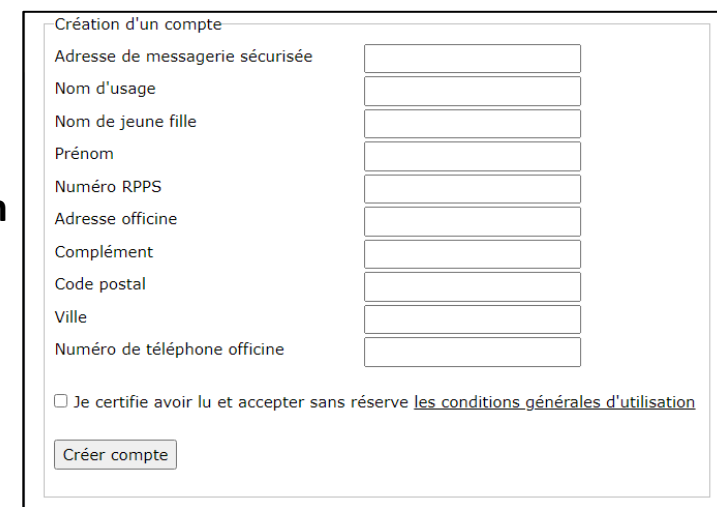
Adresse de messagerie sécurisée

Adresse

Valider

Complétez ou corrigez si besoin

l'écran suivant se remplit ensuite automatiquement



Création d'un compte

Adresse de messagerie sécurisée

Nom d'usage

Nom de jeune fille

Prénom

Numéro RPPS

Adresse officine

Complément

Code postal

Ville

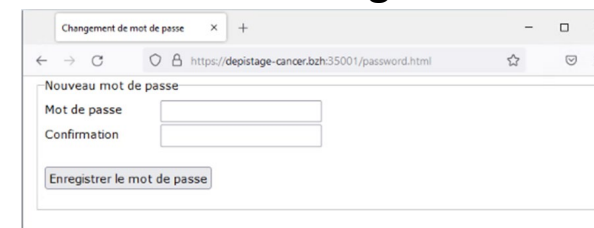
Numéro de téléphone officine

Je certifie avoir lu et accepter sans réserve [les conditions générales d'utilisation](#)

Créer compte

- 3^{ème} étape : Après enregistrement et validation de la demande par le CRCDC, vous recevrez un message sur votre messagerie sécurisée renseignée contenant un lien pour créer votre mot de passe.

**Vous pourrez ensuite utiliser le service d'éligibilité en utilisant :
votre adresse de messagerie sécurisée et le mot de passe choisi**



Changement de mot de passe x +
https://depistage-cancer.bzh:35001/password.html

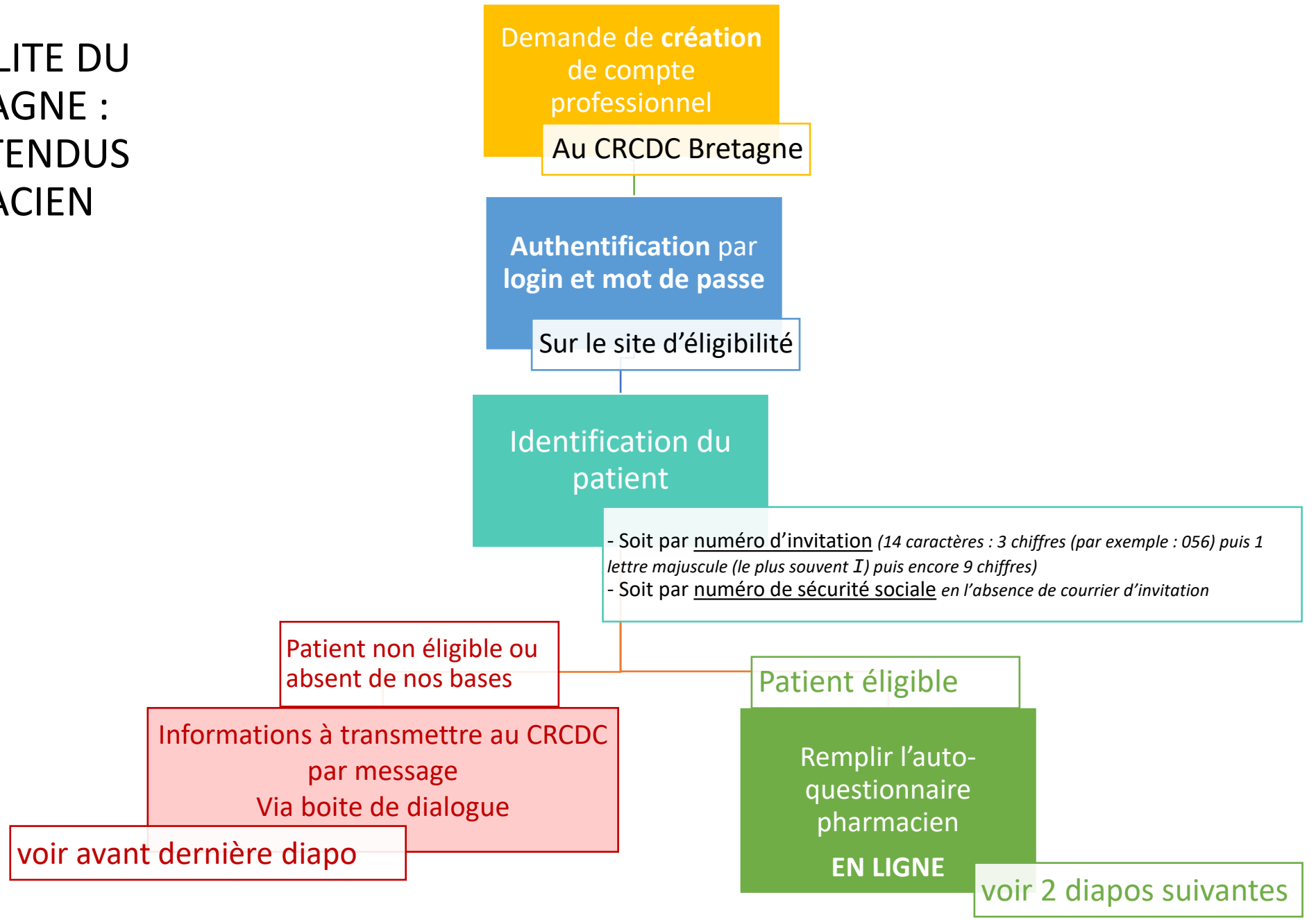
Nouveau mot de passe

Mot de passe

Confirmation

Enregistrer le mot de passe

SITE D'ELIGIBILITE DU CRCDC BRETAGNE : ETAPES ET ATTENDUS DU PHARMACIEN



AUTO-QUESTIONNAIRE PHARMACIEN : A REMPLIR EN LIGNE 1/2

- VERIFIER L'ABSENCE DE FACTEURS D'EXCLUSION DU PATIENT A L'AIDE DU QUESTIONNAIRE
- REMPLISSAGE EN LIGNE
 - DEPUIS LE SITE D'ELIGIBILTE
 - POUR PLUS DE FACILITES
 - TRACABILITE

Vos symptômes ou résultats biologiques

Veillez sélectionner au moins une affirmation

Avez-vous eu récemment :

- Des selles recouvertes ou mêlées de sang rouge clair ou noir
- De fortes douleurs abdominales inexplicées (gaz, ballonnement, crampes, etc.)
- Des troubles du transit inexplicés (diarrhée, constipation inhabituelle, besoin pressant et continuel d'aller à la selle, fausse envie d'aller à la selle, tension au niveau du rectum, expulsion des selles douloureuse et inefficace)
- Une perte de poids inexplicée
- Une anémie due à une carence en fer
- J'atteste n'avoir aucun des symptômes cités

Consultation médicale conseillée

Antécédents personnels et/ou familiaux

Veillez sélectionner au moins une affirmation

- J'ai ou j'ai eu un cancer colorectal
- J'ai ou j'ai eu un ou plusieurs adénome(s) avancé(s) (polypes adénomateux)
- J'ai une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique (Maladie Inflammatoire et Chronique de l'Intestin - MICI)
- J'ai une maladie prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch)
- L'un de mes parents au premier degré (père, mère, frère, sœur, enfant) a eu un cancer colorectal et/ou un adénome avancé (polype adénomateux)
- Dans ma famille il y a des cas de maladies prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch, etc.)
- J'atteste n'avoir aucun des antécédents personnels et/ou familiaux cités

Suivi par coloscopie

AUTO-QUESTIONNAIRE PHARMACIEN : A REMPLIR EN LIGNE 2/2

- VERIFIER L'ABSENCE DE FACTEURS D'EXCLUSION DU PATIENT A L'AIDE DU QUESTIONNAIRE

Examens médicaux

Veillez sélectionner au moins une affirmation

- J'ai eu une coloscopie il y a moins de 5 ans
- J'ai une coloscopie prévue prochainement
- J'ai eu un « coloscanner » il y a moins de 2 ans
- J'ai fait un test de dépistage du cancer colorectal il y a moins de 2 ans
- J'atteste n'avoir réalisé aucun des examens cités



EXCLUSION

Si besoin, laisser un message dans la boîte de dialogue

Attention, le test est à faire tous les 2 ans, à quelques jours près ne pas cocher, vous pouvez donner le test - *Pour info : nous envoyons le courrier d'invitation environ 2 à 3 mois avant la date anniversaire des 2 ans du test, donc le(a) patient(e) peut venir chercher son test moins de 2 ans après le précédent*



ELIGIBLE

Cocher la case « remise de test » sur le site d'éligibilité

➔ Dans tous les cas, envoyer un mail sécurisé au médecin traitant pour l'informer

PATIENT ABSENT ou NON ELIGIBLE SUR NOTRE BASE

- **PATIENT NON TROUVÉ**

- vérifier la tranche d'âge et les critères d'inclusion à l'aide d'un auto-questionnaire papier (téléchargeable sur notre site) : ne remettre un test qu'en cas d'absence de facteur d'exclusion

- informations à nous communiquer dans la boîte de dialogue si possible = NOM, Prénom, NOM de JF, Date de Naissance, Adresse, Organisme de Sécurité Sociale et Numéro Sécu

- **PATIENT TROUVÉ NON ELIGIBLE selon notre base**

- la cause de l'exclusion apparaît dans une fenêtre

- LE TEST NE DOIT PAS ETRE REMIS

- possibilité de nous indiquer des informations contraires dans la boîte de dialogue

AUTO-QUESTIONNAIRE PHARMACIEN : TELECHARGEABLE SI BESOIN

- TELECHARGEABLE A PARTIR DU COMPTE PROFESSIONNEL SUR LE SITE INTERNET DU CRCDC BRETAGNE

 **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

 **INSTITUT NATIONAL DU CANCER**

AUTOQUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE DE DÉVELOPPER UN CANCER COLORECTAL

Le test de dépistage du cancer colorectal est recommandé aux personnes âgées de 50 à 74 ans sans symptôme, ni antécédent, ni facteur de risque particulier.

Ce questionnaire vise à vous interroger sur vos symptômes, vos antécédents personnels et/ou familiaux ainsi que sur la réalisation d'examen médicaux. L'objectif est que le pharmacien d'officine puisse déterminer si vous êtes concerné par le test de dépistage du cancer colorectal ou non.

En cas de difficulté votre pharmacien est là pour vous aider.

Ce questionnaire ne remplace pas l'avis d'un médecin.

Votre identification

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Numéro de Sécurité Social : _____

Avez-vous reçu une invitation au dépistage du cancer colorectal : Oui Non

Vos symptômes ou résultats biologiques

Veuillez sélectionner au moins une affirmation

Avez-vous eu récemment :

- Des selles recouvertes ou mêlées de sang rouge clair ou noir
- De fortes douleurs abdominales inexpliquées (gaz, ballonnement, crampes, etc.)
- Des troubles du transit inexpliqués (diarrhée, constipation inhabituelle, besoin pressant et continu d'aller à la selle, fausse envie d'aller à la selle, tension au niveau du rectum, évacuation des selles douloureuse et inefficace)
- Une perte de poids inexpliquée
- Une anémie due à une carence en fer

J'atteste n'avoir aucun des symptômes cités

 **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

 **INSTITUT NATIONAL DU CANCER**

Antécédents personnels et/ou familiaux

Veuillez sélectionner au moins une affirmation

- J'ai ou j'ai eu un cancer colorectal
- J'ai ou j'ai eu un ou plusieurs adénome(s) avancé(s) (polypes adénomateux)
- J'ai une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique (Maladie Inflammatoire et Chronique de l'Intestin-MICI)
- J'ai une maladie prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch)
- L'un de mes parents au premier degré (père, mère, frère, sœur, enfant) a eu un cancer colorectal et/ou un adénome avancé (polype adénomateux)
- Dans ma famille il y a des cas de maladies prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch, etc.)

J'atteste n'avoir aucun des antécédents personnels et/ou familiaux cités

Examens médicaux

Veuillez sélectionner au moins une affirmation

- J'ai eu une coloscopie il y a moins de 5 ans
- J'ai une coloscopie prévue prochainement
- J'ai eu un « coloscanner » il y a moins de 2 ans
- J'ai fait un test de dépistage du cancer colorectal il y a moins de 2 ans

J'atteste n'avoir réalisé aucun des examens cités

Merci de remettre ce questionnaire à votre pharmacien