

QUESTIONNAIRE POUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

J'AI ENTRE 50 ET 74 ANS

MON MEDECIN PEUT-IL ME REMETTRE UN KIT DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ?

Pour cela je m'interroge sur :

Mes éventuels symptômes ou résultats biologiques (constaté les 3 derniers mois)

- ☐ J'ai des selles recouvertes ou mêlées de sang rouge clair ou noir
- ☐ J'ai de fortes douleurs abdominales persistantes et/ou inexpliquées (gaz, ballonnement, crampes, etc.)
- ☐ J'ai des troubles du transit persistants (diarrhée, constipation inhabituelle, besoin pressant et continu d'aller à la selle, fausse envie d'aller à la selle, tension au niveau du rectum, expulsion des selles douloureuse et inefficace)
- ☐ J'ai eu une perte de poids inexpliquée
- ☐ J'ai eu une anémie due à une carence en fer
- ☐ **J'atteste n'avoir aucun des symptômes cités ci-dessus**

Mes antécédents médicaux personnels et / ou familiaux

- ☐ 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 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 ou enfant) a eu un cancer colorectal
- ☐ L'un de mes parents au premier degré (père, mère, frère, sœur ou enfant) a eu un adénome avancé (polype adénomateux).
- ☐ Dans ma famille il y a des cas de maladie prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch)
- ☐ **J'atteste n'avoir aucun antécédent médical personnel et / ou familial**

Mes examens médicaux :

- ☐ 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 -/..../.....
- ☐ **Je n'ai réalisé aucun des examens cités ci-dessus**

JE REMETS CETTE FEUILLE A MON MEDECIN LORS DE MA CONSULTATION

Nom : ----- Prénom : -----

Date de naissance : / /