****

**Formulaire d’annonce de coloscopie**

**dans le cadre du Programme de dépistage du cancer du côlon JUNE**

*(Peut se substituer à un courrier d’anamnèse - Utilisation facultative)*

- Transmettez SVP ce document au gastroentérologue **AVANT** la coloscopie

- Transmettez en même temps la fiche de suivi coloscopie du Programme

**DATE / HEURE du rendez-vous** :

**MEDECIN DEMANDEUR** : Nom, Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Rue : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 NPA et Localité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PATIENT-E :**

N° de référence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Taille / Poids : \_\_\_ cm / \_\_\_ kg BMI : \_\_\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Check-List d’anamnèse**pour une coloscopie après FIT positif :

* Déjà eu une coloscopie : NON [ ]  / OUI [ ]  → Si oui, date, résultat :
* Anamnèse familiale de cancer du côlon ou de polypes du côlon : NON [ ]  / OUI [ ]  → Si oui, précisez :
* Trouble de la coagulation : NON [ ]  / OUI [ ]  → Si oui, précisez :
* Anticoagulants – Aspirine : NON [ ]  / OUI [ ]  → Si oui, précisez :
* Allergies : NON [ ]  / OUI [ ]  → Si oui, précisez :
* Comorbidités : NON [ ]  / OUI [ ]  → Si oui, précisez :
* Médicaments : NON [ ]  / OUI [ ]  → Si oui, précisez :
* Pacemaker : NON [ ]  / OUI [ ]  Neurostimulateur : NON [ ]  / OUI [ ]
* **Informations complémentaires importantes pour la réalisation de la coloscopie :**

*Version WORD*