

## Demande et résultats de la coloscopie

### Identification du patient :

#### **Motif :** • **Test Ifobt POSITIF :**

- Facteur(s) de haut risque

#### Antécédents personnels :

- Cancer colorectal  oui  non Si oui, en quelle année ? \_\_\_\_\_
- Polype colorectal (non hyperplasique)  oui  non Si oui, en quelle année ? \_\_\_\_\_
- Maladie inflammatoire intestinale (Crohn, RCUH)  oui  non

#### Antécédents familiaux de cancer colorectal chez :

- 1<sup>er</sup> degré de parenté  oui  non Si oui, cas avant 50 ans ?  oui  non
- 2/3<sup>ème</sup> degré de parenté  oui  non Si oui, cas avant 50 ans ?  oui  non

- Signes d'alarme (troubles du transit, rectorragies, faux besoins, douleurs abdominales, amaigrissement, anémie) :  oui  non

### Coloscopie : Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

- Propreté du côlon :  bonne  moyenne  insuffisante
- Coloscopie :  complète  incomplète  
Si coloscopie incomplète :  colo-CT  LB
- Complications :  aucune  hémorragie  perforation  autre : .....

#### • Résultat :

Normal ou pathologie bénigne

Polype(s)<sup>1</sup> :

#### Nombre de polypes récupérés

	Aspect macroscopique		
	plan	sessile	pédiculé
≤ 5 mm			
6-9 mm			
≥ 10 mm			

Cancer <sup>1</sup>

- Recommandation finale :  chirurgie  
 contrôle coloscopique à ..... an(s)  iFOBT (dans 5 ans)

Coordonnées du médecin généraliste + signature

Coordonnées du médecin gastro-entérologue + signature

<sup>1</sup> Pourriez-vous mettre le CCR en copie du résultat anatomopathologique. Merci.

**Exemplaire à renvoyer au CCR par fax : 010 45 67 95 ou Mexi : ccr.mont-saint-guibert ou Medimail : 9000062  
ou à l'aide de l'enveloppe pré-adressée ci-jointe**

## Demande et résultats de la coloscopie

### Identification du patient :

#### Motif : • **Test Ifobt POSITIF :**

- Facteur(s) de haut risque

#### Antécédents personnels :

- Cancer colorectal  oui  non Si oui, en quelle année ? \_\_\_\_\_
- Polype colorectal (non hyperplasique)  oui  non Si oui, en quelle année ? \_\_\_\_\_
- Maladie inflammatoire intestinale (Crohn, RCUH)  oui  non

#### Antécédents familiaux de cancer colorectal chez :

- 1<sup>er</sup> degré de parenté  oui  non Si oui, cas avant 50 ans ?  oui  non
- 2/3<sup>ème</sup> degré de parenté  oui  non Si oui, cas avant 50 ans ?  oui  non

- Signes d'alarme (troubles du transit, rectorragies, faux besoins, douleurs abdominales, amaigrissement, anémie) :  oui  non

### Coloscopie : Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

- Propreté du côlon :  bonne  moyenne  insuffisante
- Coloscopie :  complète  incomplète  
Si coloscopie incomplète :  colo-CT  LB
- Complications :  aucune  hémorragie  perforation  autre : .....

#### Résultat :

- Normal ou pathologie bénigne
- Polype(s)<sup>1</sup> :

#### Nombre de polypes récupérés

	Aspect macroscopique		
	plan	sessile	pédiculé
≤ 5 mm			
6-9 mm			
≥ 10 mm			

- Cancer <sup>1</sup>

- Recommandation finale :  chirurgie  contrôle coloscopique à ..... an(s)  iFOBT (dans 5 ans)

*Coordonnées du médecin généraliste + signature*

*Coordonnées du médecin gastro-entérologue + signature*

<sup>1</sup> Pourriez-vous mettre le CCR en copie du résultat anatomopathologique. Merci.

**Exemplaire à conserver par le gastro-entérologue**