

Le site d'éligibilité vous permet de vous connecter directement sur la base de données du CRCDC via internet.

LES FONCTIONNALITES



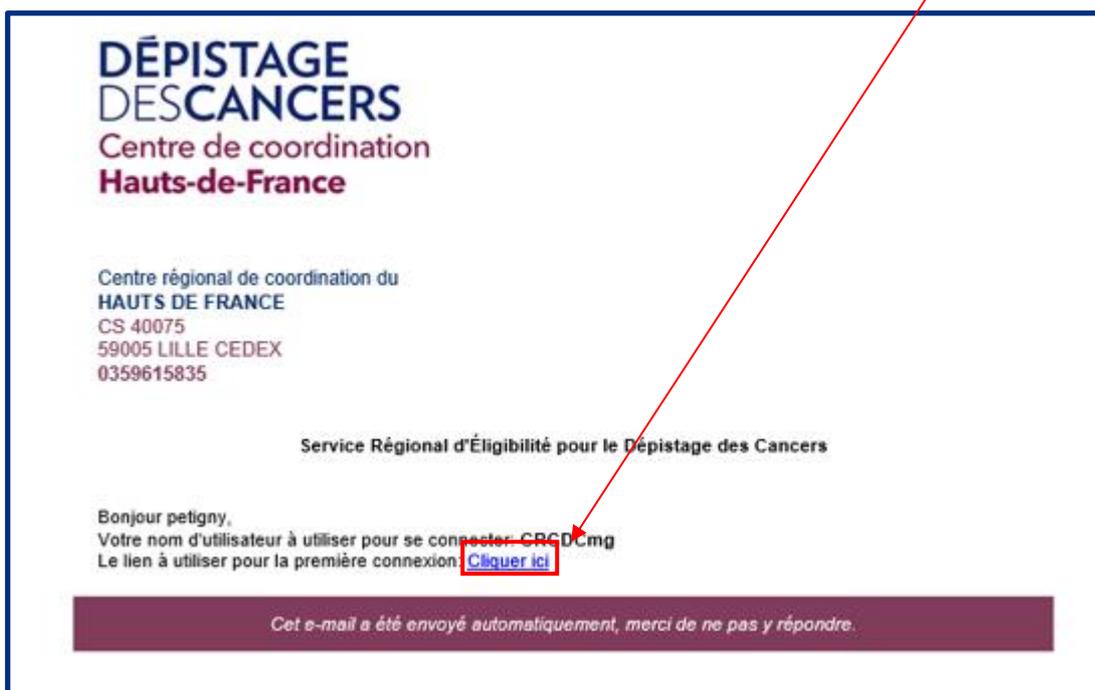
Pour le dépistage du cancer du côlon :

- Remplir, télécharger et/ou imprimer le questionnaire INCA
- Déclarer une remise de kit DOCCR
- Déclarer une exclusion DOCCR
- Envoyer des demandes de correction administratives

MODE D'EMPLOI

- 1 Se connecter au site : <https://eligibilite.depistages-hdf.fr>
- 2 S'authentifier soit avec votre nom d'utilisateur et votre mot de passe soit avec votre carte CPS

Vous recevez un mail vous indiquant votre nom d'utilisateur, vous cliquez sur le lien « Cliquer ici » :



 Vérifiez si le mail n'est pas arrivé dans vos spams ou courriers indésirables

L'écran de vérification du compte apparaît :

Vérification du compte

Un mail contenant le code de confirmation a été envoyé au **valerie.petigny@crcdc-hdf.fr**

Code de vérification\*:

Valider

Un second mail vous est envoyé vous indiquant le code de vérification à saisir :

**DÉPISTAGE  
DESCANCERS**  
Centre de coordination  
Hauts-de-France

Centre régional de coordination du  
HAUTS DE FRANCE  
CS 40075  
59005 LILLE CEDEX  
0359615835

Service Régional d'Éligibilité pour le Dépistage des Cancers

Votre code de confirmation:

**27658**

Il expirera automatiquement dans 5 minutes.

*Cet e-mail a été envoyé automatiquement, merci de ne pas y répondre.*

Vous entrez le code de vérification et l'écran du choix du mot de passe s'affiche : vous devez entrer votre propre mot de passe de **8 caractères** comprenant **au moins une majuscule, une minuscule, un chiffre et un caractère spécial**, et vous validez => **vous pouvez remettre votre ancien mot de passe utilisé sur le site V1**

Choix du mot de passe

Veillez à utiliser un mot de passe unique et sécurisé.

Nouveau mot de passe\*

Confirmer le mot de passe\*

Valider

Service Régional  
d'Éligibilité pour le  
Dépistage des Cancers

**DÉPISTAGE  
DESCANCERS**  
Centre de coordination  
Hauts-de-France

Les conditions générales d'utilisation (CGU) s'affichent. Vous devez les lire et cliquer sur Accepter pour avoir accès au site d'éligibilité. L'acceptation vaut signature.

**Charte d'utilisation**

**DÉPISTAGE DES CANCERS**  
Centre de coordination  
Hauts-de-France

**Conditions générales d'utilisation (CGU) du module d'éligibilité**

Les présentes conditions générales d'utilisation (CGU) ont pour objet d'encadrer juridiquement les modalités de mise à disposition du module d'éligibilité du CRCDC et de définir les conditions d'accès et d'utilisation de ce module par l'Utilisateur, qui reconnaît les avoir lus et comprises.

Les CGU, ayant une valeur contractuelle, doivent être acceptées par tout Utilisateur souhaitant accéder au module d'éligibilité et avant toute utilisation.

**ARTICLE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

**I.1 L'éditeur**

Le module d'éligibilité (ME) est édité par le prestataire du CRCDC des Hauts de France, la Société OSI SANTE France, située 8 rue des Compagnons à CAEN (14 000)

**I.2 Les champs d'application**

L'accès au ME et son utilisation sont conditionnés par l'acceptation et le respect des présentes CGU, que l'Utilisateur reconnaît avoir lus et comprises.

En cas de désaccord avec les présentes CGU, l'Utilisateur se doit de renoncer à l'accès et à l'utilisation du ME.

Le CRCDC se réserve le droit de modifier unilatéralement et à tout moment le contenu des présentes CGU. Il tiendra informé l'Utilisateur de ces modifications. Si l'Utilisateur refuse les nouvelles conditions, le CRCDC et l'éditeur bloqueront l'accès au ME pour cet Utilisateur.

**I.3 Les définitions**

Refuser Accepter

### 3 Rechercher le ou la bénéficiaire

- Soit en saisissant le numéro de sécurité sociale ou le numéro de dossier HDF
- Soit en saisissant le nom d'usage ou le nom de jeune fille, le prénom, la date de naissance Vous pouvez également préciser le sexe et le département de résidence.

Service Régional d'Éligibilité pour le Dépistage des Cancers - Région Hauts de France

Dr FICTIVE PHARMACIE

Éligibilité - Recherche bénéficiaire

2660480111111

Rechercher

Critères de recherche

Nom d'usage/de jeune fille Prénom jj/mm/aaaa Sexe indifférent Département - 59

0 résultat

Vous cliquez sur rechercher, le résultat de la recherche apparaît :

Service Régional d'Éligibilité pour le Dépistage des Cancers - Région Hauts de France

Dr FICTIVE PHARMACIE

Éligibilité - Recherche bénéficiaire

2660480111111

Rechercher

Critères de recherche

Nom d'usage/de jeune fille Prénom jj/mm/aaaa Sexe indifférent Département - 59

1 résultat

N° dossier CRCDC: HDF-4474697

N° Immatriculation: 2660480111111

Nom d'usage: TEST

Prénom: Eligibilite

Nom de jeune fille: TEST

Né(e) le: 30/04/1966 (56 ans)

59

59000 LILLE

Vous cliquez dans le bandeau pour accéder à l'éligibilité.

## 4 La personne est éligible au DOCCR, le questionnaire apparaît :

### Informations du bénéficiaire

 N° dossier CRCCD: <b>HDF-4474697</b>	N° Immatriculation: <b>2660480111111</b>	N° Téléphone: <b>Non renseigné</b>
Civilité: <b>Madame</b>	Né(e) le: <b>30/04/1966 (56 ans)</b>	E-Mail: <b>Non renseigné</b>
Nom de jeune fille: <b>TEST</b>	Département: <b>59</b>	Caisse: <b>CRPCEN HDF</b>
Nom d'usage: <b>TEST</b>	Adresse: <b>RUE KANT 59000 LILLE</b>	Qualité d'ayant droit: <b>Assuré(e)</b>
Prénom: <b>Eligibilite</b>		

### Questionnaire Pharmacien

**Le patient a-t-il eu récemment des symptômes ?\***

- 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, expulsion des selles douloureuse et inefficace)
- Une perte de poids inexpliquée
- Une anémie due à une carence en fer
- Le patient atteste n'avoir aucun des symptômes cités

**Le patient a-t-il des antécédents digestifs personnels ou familiaux ?\***

- Un cancer colorectal
- Un ou plusieurs adénome(s) avancé(s) (polypes adénomateux)
- Une maladie de Crohn ou une Rectocolite hémorragique (MICI)
- Une maladie prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch)
- Un cancer colorectal et/ou un adénome avancé (polype adénomateux) chez un parent au 1er degré (père, mère, frère, sœur, enfant)
- Des cas de maladie prédisposant au cancer colorectal dans la famille (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch, etc)
- Le patient atteste n'avoir aucun des antécédents personnels et/ou familiaux cités

**Le patient a-t-il réalisé récemment des examens médicaux ?\***

- Une coloscopie il y a moins de 5 ans
- Une coloscopie prévue prochainement
- Un coloscanner il y a moins de 2 ans
- Un test de dépistage du cancer colorectal il y a moins de 2 ans
- Le patient atteste n'avoir réalisé aucun de ces examens

[Confirmer](#) [Annuler](#)

Vous remplissez le questionnaire avec la personne et vous cliquez sur Confirmer

Pour pouvoir remettre le kit de dépistage, il faut que les cases suivantes soient cochées :

### Questionnaire Pharmacien

**Le patient a-t-il eu récemment des symptômes ?\***

- 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, expulsion des selles douloureuse et inefficace)
- Une perte de poids inexpliquée
- Une anémie due à une carence en fer
- Le patient atteste n'avoir aucun des symptômes cités

**Le patient a-t-il des antécédents digestifs personnels ou familiaux ?\***

- Un cancer colorectal
- Un ou plusieurs adénome(s) avancé(s) (polypes adénomateux)
- Une maladie de Crohn ou une Rectocolite hémorragique (MICI)
- Une maladie prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch)
- Un cancer colorectal et/ou un adénome avancé (polype adénomateux) chez un parent au 1er degré (père, mère, frère, sœur, enfant)
- Des cas de maladie prédisposant au cancer colorectal dans la famille (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch, etc)
- Le patient atteste n'avoir aucun des antécédents personnels et/ou familiaux cités

**Le patient a-t-il réalisé récemment des examens médicaux ?\***

- Une coloscopie il y a moins de 5 ans
- Une coloscopie prévue prochainement
- Un coloscanner il y a moins de 2 ans
- Un test de dépistage du cancer colorectal il y a moins de 2 ans
- Le patient atteste n'avoir réalisé aucun de ces examens

  
[Confirmer](#) [Annuler](#)

Lorsque vous cliquez sur Confirmer, les messages suivants apparaissent :

### Informations

Une remise de test a été enregistrée

La remise de test s'enregistre automatiquement dans Zeus

## Informations



Le compte rendu PDF est téléchargeable ci-dessous.

[Télécharger](#)

Si vous voulez imprimer le questionnaire, vous cliquez sur Télécharger

Fiche bénéficiaire	
N° dossier CRCDC:	HDF-4474697
N° Immatriculation:	2 66 04 80 111 111
Identité	Madame TEST (TEST) Eligibilite
Né	30/04/1966
Adresse:	RUE KANT 59000 LILLE

Questionnaire Pharmacien	
<b>Le patient a-t-il eu récemment des symptômes ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Des selles recouvertes ou mêlées de sang rouge clair ou noir
<input type="checkbox"/>	De fortes douleurs abdominales inexplicables (gaz, ballonnement, crampes, etc.)
<input type="checkbox"/>	Des troubles du transit inexplicables (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)
<input type="checkbox"/>	Une perte de poids inexplicable
<input type="checkbox"/>	Une anémie due à une carence en fer
<input checked="" type="checkbox"/>	Le patient atteste n'avoir aucun des symptômes cités
<b>Le patient a-t-il des antécédents digestifs personnels ou familiaux ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Un cancer colorectal
<input type="checkbox"/>	Un ou plusieurs adénome(s) avancé(s) (polypes adénomateux)
<input type="checkbox"/>	Une maladie de Crohn ou une Rectocolite hémorragique (MICI)
<input type="checkbox"/>	Une maladie prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch)
<input type="checkbox"/>	Un cancer colorectal et/ou un adénome avancé (polype adénomateux) chez un parent au 1er degré (père, mère, frère, sœur, enfant)
<input type="checkbox"/>	Des cas de maladie prédisposant au cancer colorectal dans la famille (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch, etc)
<input checked="" type="checkbox"/>	Le patient atteste n'avoir aucun des antécédents personnels et/ou familiaux cités
<b>Le patient a-t-il réalisé récemment des examens médicaux ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Une coloscopie il y a moins de 5 ans
<input type="checkbox"/>	Une coloscopie prévue prochainement
<input type="checkbox"/>	Un coloscanner il y a moins de 2 ans
<input type="checkbox"/>	Un test de dépistage du cancer colorectal il y a moins de 2 ans
<input checked="" type="checkbox"/>	Le patient atteste n'avoir réalisé aucun de ces examens

Le questionnaire se télécharge : vous pouvez l'imprimer en cliquant sur l'imprimante ou l'enregistrer en pdf en cliquant sur la disquette

Si un ou des motifs d'exclusion sont cochés sur le questionnaire : le dossier se met en exclusion dans la base de données du CRCDC.

Questionnaire Pharmacien

**Le patient a-t-il eu récemment des symptômes ?\***

- Des selles recouvertes ou mêlées de sang rouge clair ou noir
- De fortes douleurs abdominales inexplicables (gaz, ballonnement, crampes, etc.)**
- Des troubles du transit inexplicables (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)
- Une perte de poids inexplicable
- Une anémie due à une carence en fer
- Le patient atteste n'avoir aucun des symptômes cités

**Le patient a-t-il des antécédents digestifs personnels ou familiaux ?\***

- Un cancer colorectal
- Un ou plusieurs adénome(s) avancé(s) (polypes adénomateux)
- Une maladie de Crohn ou une Rectocolite hémorragique (MICI)
- Une maladie prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch)
- Un cancer colorectal et/ou un adénome avancé (polype adénomateux) chez un parent au 1er degré (père, mère, frère, soeur, enfant)
- Des cas de maladie prédisposant au cancer colorectal dans la famille (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch, etc)
- Le patient atteste n'avoir aucun des antécédents personnels et/ou familiaux cités

**Le patient a-t-il réalisé récemment des examens médicaux ?\***

- Une coloscopie il y a moins de 3 ans**
- Une coloscopie prévue prochainement
- Un coloscanner il y a moins de 2 ans
- Un test de dépistage du cancer colorectal il y a moins de 2 ans
- Le patient atteste n'avoir réalisé aucun de ces examens

Confirm Annuler

Lorsque vous cliquez sur Confirmer, les messages suivants apparaissent :

**Informations** ×

Une exclusion médicale a été enregistrée

L'exclusion s'enregistre automatiquement dans la base de données du CRCDC

**Informations** ×

Le compte rendu PDF est téléchargeable ci-dessous.

[Télécharger](#)



Pour imprimer le questionnaire, vous cliquez sur Télécharger

## La personne devient non éligible

Service Régional d'Éligibilité pour le Dépistage des Cancers - Région Hauts de France

Éligibilité - Fiche bénéficiaire - Détails

Informations  
Une exclusion médicale a été enregistrée

Informations  
Le compte rendu PDF est téléchargeable ci-dessous.  
Télécharger

N° dossier CRDC: HDF-4474697  
Civilité: Madame  
Nom de jeune fille: TEST  
Nom d'usage: TEST  
Prénom: Eligibilite

Département: 59  
Adresse: RUE KANT 59000 LILLE

N° Téléphone: Non renseigné  
E-Mail: Non renseigné  
Caisse: CRPCEN HDF  
Qualité d'ayant droit: Assuré(e)

Dépistage Organisé du Cancer colorectal

Statut: **NON-ÉLIGIBLE**  
Durée: Temporaire jusqu'au 08/02/2025

Motifs:  
- Symptôme(s)  
- Le patient a eu une coloscopie il y a moins de 5 ans. Indiquer la date mois/année.  
- Délai non respecté

Dernier test le: -  
Résultat: -  
Dernière invitation le: 08/02/2023  
Relance 1 le: -  
Relance 2 le: -  
Dernière remise le: -  
Prochaine invitation le: 08/02/2025

En cas d'erreur administrative ou médicale

Plus aucune action n'est possible sur le dossier

Saisir une exclusion  
Remise de test  
Questionnaire Pharmacien

 Si la personne a déclaré des symptômes récents, ou des antécédents personnels ou familiaux et qu'elle n'a pas déjà un suivi, lui conseiller de prendre avis auprès de son médecin.

5 La personne est non éligible au DOCCR : Cas où la personne a déjà réalisée le test qui est positif

Dépistage Organisé du Cancer colorectal

Statut: **NON-ÉLIGIBLE**  
Durée: Temporaire jusqu'au: 01/03/2025

Motifs:  
- Le délai entre deux tests n'est pas respecté

Dernier test le: 01/03/2023  
Résultat: **Positif**  
Dernière invitation le: 01/10/2022  
Relance 1 le: 01/02/2023  
Relance 2 le: -  
Dernière remise le: 19/02/2023  
Prochaine invitation le: -

Saisir une exclusion  
Dernière remise de test le: 19/02/2023  
Questionnaire Pharmacien

6

La personne est non éligible au DOCCR : Cas où la personne est en exclusion

 Dépistage Organisé du Cancer colorectal

 Statut: **NON-ÉLIGIBLE**

 Durée: Temporaire jusqu'au 01/12/2026

 Motifs:

- Le patient a eu une coloscopie il y a moins de 5 ans. Indiquer la date mois/année.  
- Délai non respecté

Dernier test le: -  
 Résultat: -  
 Dernière invitation le: 01/08/2020  
 Relance 1 le: 01/12/2020  
 Relance 2 le: 01/05/2021  
 Dernière remise le: -  
 Prochaine invitation le: 01/12/2026

 Saisir une exclusion

 Dernière remise de test le: 29/09/2020

 Questionnaire Pharmacien



Vous pouvez signaler une erreur administrative en cliquant sur

En cas d'erreur administrative ou médicale

Mettre à jour les données administratives ou médicales

**Partie administrative**

Champs concerné(s)

- Prénom
- Nom patronymique
- Nom d'usage
- Sexe

Commentaire

**Partie médicale**

Type concerné(s)

- Dépistage Organisé du Cancer du Sein
- Dépistage du Cancer du Col de l'Utérus
- Dépistage Organisé du Cancer Colorectal

Commentaire concernant le DCCU

Commentaire concernant le DCS

Commentaire concernant le DCCR

Vous sélectionner le champ ou les champs concerné(s) par l'erreur et indiquez dans le commentaire la correction

Mettre à jour les données administratives ou médicales

Partie administrative	Partie médicale
<p>Champs concerné(s)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Né(e) le</li><li><b>Adresse</b></li><li>E-Mail</li><li>N° Téléphone</li></ul>	<p>Type concerné(s)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Dépistage Organisé du Cancer du Sein</li><li><input type="checkbox"/> Dépistage du Cancer du Col de l'Utérus</li><li><input type="checkbox"/> Dépistage Organisé du Cancer Colorectal</li></ul>
<p>Commentaire</p> <p>7 rue du cange 80000 AMIENS</p>	<p>Commentaire concernant le DCCU</p> <p>Commentaire concernant le DCS</p> <p>Commentaire concernant le DCCR</p>
<p>Annuler Confirmer</p>	