

FICHE DE SUIVI HEMOCCULT II®

Identité du Patient : Mr/Mme : Prénom :

N° S.S. : _ _ _ _ / _ _

Code barre patient

Date de naissance : ___ / ___ / _____

La CONSULTATION Date : ___ / ___ / _____

Vérifier l'absence de :

- Règles le jour du test ⇔ reporter le test
- Traitement par vitamine C > 1gr } ⇔ dans ce cas, arrêter le traitement
- Traitement par aspirine > 1gr

MOTIF d'EXCLUSIONS A PRECISER -
Faxez cette fiche ou l'envoyez dans enveloppe T

- Coloscopie < 5 ans, date ___ / ___ / _____
- Antécédents personnels **cancer** : année _____
- Antécédents familiaux
- Symptomatologie récente
- Rectoragie macroscopique
- Antécédents personnels MICI (Maladie de Crohn et RCH)
- Antécédents personnels de **polype**
- Refus du patient
- Autres. Précisez _____

Exclusion temporaire Exclusion définitive

OU

REMISE TEST
Joindre cette fiche au test

Signature et cachet

Code barre médecin

Cadre réservé au laboratoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CE CADRE

Date de Consultation :

Jour 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Mois 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Année 2006 2007 2008 2009 2010

Résultat : Négatif (0/6) Non Analysable

 Positif (/6) 1 2 3 4 5 6

Rubrique NA : 1 2 3 4 5 6

Référence lecture : 1 2 3 4 5 6

