



Association Meusienne
de Prévention Médicale
31, rue du Four
55 000 BAR-LE-DUC

Dépistage Organisé du cancer du col de l'utérus : Protocole DEPIST-HPV 55 : Lettre d'Invitation

Mademoiselle, Madame,

Le Dépistage Organisé du Cancer du Col Utérin pour les femmes de 25 à 65 ans est mis en place dans le département de la Meuse. Il consiste en la réalisation d'un frottis cervico-utérin, lors d'une consultation chez votre médecin traitant ou le gynécologue de votre choix. Pour les femmes de **35 à 65 ans**, un nouveau protocole de dépistage est proposé qui repose sur l'analyse du frottis par un nouveau test appelé **Test HPV**.

➤ Pour participer à ce protocole il est nécessaire :

- que vous répondiez aux **critères d'éligibilité** définis : voir questionnaire ci-dessous **
- que vous soyez **volontaire** et que vous donniez votre **consentement de participation par écrit** (au dos de ce document)
- que vous présentiez ce courrier qui comporte les étiquettes pour identification du test, la fiche de liaison pour le laboratoire et le formulaire de consentement (au dos du courrier).
- Le médecin pratiquera si nécessaire l'examen (ou vous le prescrira) : le frottis avec test HPV sera **intégralement pris en charge**.

Les **résultats** seront envoyés à votre médecin traitant et/ou votre gynécologue.

Nous vous invitons à **lire et à conserver la notice d'information jointe**, relative à la campagne pilote et au test HPV. N'hésitez pas à **en parler avec votre médecin** ou à **nous contacter** au 03.29.46.46.00. Si vous ne participez pas à ce dépistage (non éligibilité**, choix personnel), merci de nous retourner le coupon réponse ci-dessous complété, pour éviter une relance inutile.

Veuillez croire, Mademoiselle, Madame, à l'expression de nos salutations les meilleures.

Dr Véronique RIVIERE-SIMONET
Médecin Directeur

** Vérifiez votre éligibilité en complétant le questionnaire ci-dessous : si vous cochez une des cases, vous n'êtes pas éligible au dépistage proposé. Dans ce cas, veuillez retourner ce coupon **détachable daté et signé**, dans une enveloppe **sans l'affranchir** adressée au :

Dr V. RIVIERE-SIMONET - AMPM, LIBRE REPONSE 65476, 55019 BAR-LE-DUC CEDEX

- J'ai été traitée pour un cancer du col de l'utérus, date / /
- Je suis suivie pour lésions du col de l'utérus
- Je n'ai plus d'utérus depuis l'année :, le médecin m'a confirmé que je n'avais plus besoin de faire de frottis

Médecin responsable du suivi gynécologique :

Je ne souhaite pas participer au protocole.

Date : Signature :

--	--

Identification patiente :

Numéro de téléphone : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

(à remplir par vous-même)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION : à remplir par vous-même

J'ai été invitée à participer au dépistage du cancer du col de l'utérus, selon le Protocole DEPIST-HPV55.

J'ai pris connaissance de la notice d'information qui m'a été adressée et qui précise le déroulement de ce protocole ainsi que les personnes à contacter en cas de question.

Je suis informée que je pourrais à tout moment retirer mon consentement et donc cesser ma participation sans avoir à me justifier et sans conséquences quant à la qualité des soins qui me sont prodigués.

Je suis informée que je dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant, sur simple demande adressée au médecin coordonnateur de l'AMPM, selon la Loi CNIL n° 78-17 du 06/01/1978.

J'accepte

Je refuse (et je renvoie le présent document à l'AMPM)

de participer au protocole de dépistage DEPIST-HPV55 dans les conditions établies par la loi et telles que précisées dans la notice d'information qui m'a été remise.

Date : _____ / _____ / _____

Signature :

FICHE DE LIAISON POUR LE LABORATOIRE :

(à remplir par vous-même)

Eligibilité : Oui Non Cachet du Médecin Préleveur :

Renseignements cliniques :

Antécédents de traitement du col

Non

Oui - merci de préciser :

Laser Conisation Hystérectomie sub-totale Autre :

Vaccination HPV

Non

Oui - merci de préciser :

- le type de vaccin : Gardasil (HPV16,18,6,11) Cervarix (HPV16,18) Ne sait pas

- le nombre d'injections reçues : 1 2 3

Dispositif de prélèvement utilisé : DNAPAP Cervical Sampler™ pour test HPV Prélèvement impossible

Autre destinataire du résultat (le cas échéant) :

Date : _____ / _____ / _____

Signature :