

Madame, Monsieur,

Vous vous impliquez depuis plusieurs mois comme partenaire du programme genevois de dépistage du cancer colorectal et nous vous en remercions sincèrement.

En 2020, également grâce à vous, plus de 3000 genevoises et genevois ont été inclus dans le programme, et 986 se sont fait dépister à l'aide d'un test FIT.

C'est un bon début mais il est souhaitable maintenant de monter en puissance, raison pour laquelle nous travaillons à simplifier l'inclusion pour les médecins de famille et sommes à la recherche de pharmacies qui seraient disposées, en plus de la remise des tests, à inclure des personnes invitées à se faire dépister.

En pratique cela signifie pour le pharmacien, la pharmacienne :

- de se rendre disponible pour participer à une soirée de formation d'environ 2 h. à distance
- de disposer dans son officine d'un espace confidentiel pour parler avec le patient et d'avoir un ordinateur avec une connexion internet

Pour l'instant cette prestation d'inclusion est rémunérée à hauteur de 8 CHF grâce à un soutien de l'Etat de Genève. Nous espérons qu'elle sera à terme intégrée dans les prestations de l'assurance de base.

Êtes-vous motivé-e pour devenir pharmacien-ne agréé-e pour l'inclusion ? Appelez le 022.708.10.90 pour nous le faire savoir. Une fois un nombre suffisant de personnes réunies, une date de formation vous sera transmise.

Nous profitons de l'occasion pour rappeler quelques consignes et erreurs à ne pas commettre :

- A moins d'être une pharmacie qui fait de l'inclusion **le kit FIT ne peut être remis qu'à une personne se présentant avec une fiche d'inclusion comportant :**
 - **son numéro de dossier si la fiche est imprimée par le médecin**
- ou
 - **le numéro de dossier + le code de validation** si la fiche a été remplie à la main par le médecin de famille (si le code de validation n'est pas inscrit, il est impératif d'appeler la Fondation pour être sûr que l'inclusion est bien valide !)
- **Bien vérifier**, lors de la remise du kit, que la personne **n'a pas atteint son 70^{ème} anniversaire**
- Toujours **coller l'étiquette de votre pharmacie** sur la fiche de suivi
- **Bien insister** auprès du participant **pour qu'il inscrive** sur le tube et sur la fiche d'inclusion la **date de réalisation de l'examen**. Elle est régulièrement omise et, dans ce cas, le test ne peut être interprété.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous adressons nos salutations les meilleures.



AU VERSO, UN EXEMPLE DE LA NOUVELLE FICHE DE SUIVI FIT

À remettre au patient
Nécessaire pour la remise du test en pharmacie

ATTENTION ! SI
CODE DE
VALIDATION
ABSENT APPELEZ
LE 022 708 10 90

À compléter par le médecin ou le/la pharmacien·ne
en appelant le 022 708 10 90

Numéro de dossier «**IdDossierBarcode**»

Code de validation ____|____|____|____

Nom : «**Nom**»

Nom de naissance : «**NomJeuneFille**»

Prénom : «**Prénom**»

Date de naissance : «**DateNaissance**»

Assurance : _____

No assuré·e : _____

À compléter par la pharmacie

Date de remise du test : ____/____/____

Coller ici

L'étiquette à code-barres de votre
pharmacie

À compléter par le ou la participant·e

Date de réalisation du test : ____/____/____

Coller ici

L'étiquette à code-barres qui se
trouve sur le test

Consentement à lire et signer par le ou la participant·e

- Je déclare avoir été informé·e de la manière dont fonctionne le dépistage, de ses avantages et de ses limites ;
 - j'autorise la transmission et l'échange d'informations entre les professionnels impliqués dans le dépistage, tant par voie postale qu'électronique, de même que l'enregistrement et l'archivage de mes données par le centre de dépistage. Ces données resteront confidentielles ; je dispose en tout temps d'un droit d'accès et de rectification de mes informations personnelles ;
 - j'autorise l'échange d'informations entre le médecin dont j'ai indiqué le nom et les professionnels actifs dans le centre du programme de dépistage ;
 - j'autorise la transmission de résultats d'examens complémentaires au programme de dépistage si le résultat de mon examen de dépistage le nécessite ;
 - j'autorise qu'en cas de déménagement, mon dossier soit transmis au programme de dépistage de mon nouveau canton de domicile ;
 - je déclare avoir été informé·e que mes données, rendues anonymes, peuvent être utilisées à des fins statistiques et d'amélioration du programme.
- En cochant cette case, je refuse la transmission de mes données nominatives de santé au Registre genevois des tumeurs.

Date : ____/____/____

Signature : _____