

L'interface respecte les normes RGPD en vigueur et vous permet de vous connecter directement sur la base de données du CRCDC via internet

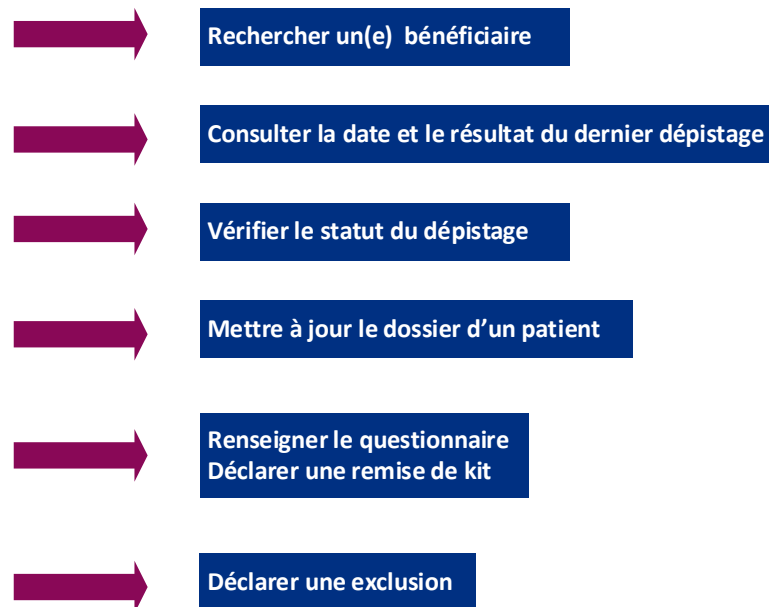
### Les fonctionnalités de l'interface :

#### Pour le dépistage du cancer colorectal :



Service Régional d'Éligibilité pour le  
Dépistage des Cancers

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



## Comment utiliser et se connecter à l'interface ?

### **J'ai déjà un compte :**

Je m'identifie avec mon nom d'utilisateur et mon mot de passe ou avec ma carte CPS

Service Régional d'Éligibilité pour le  
Dépistage des Cancers

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

**Authentification**

Nom d'utilisateur

Mot de passe

Mot de passe oublié ?

Connexion ➔

Vous n'avez pas de compte ? Cliquez ici pour en faire la demande

Si vous souhaitez commander des tests, veuillez-vous rediriger vers amelipro

**S'identifier avec**

**PRO SANTE CONNECT**  
Un service du ministère chargé de la Santé

### **Je n'ai pas de compte :**

- Je demande un accès à l'interface :

**3 possibilités  
pour demander un  
accès sécurisé**



Je vais sur le site <https://interface.depistages-hdf.fr/>

Je clique sur « vous n'avez pas de compte ? Cliquez ici pour en faire la demande »

Je remplis le formulaire

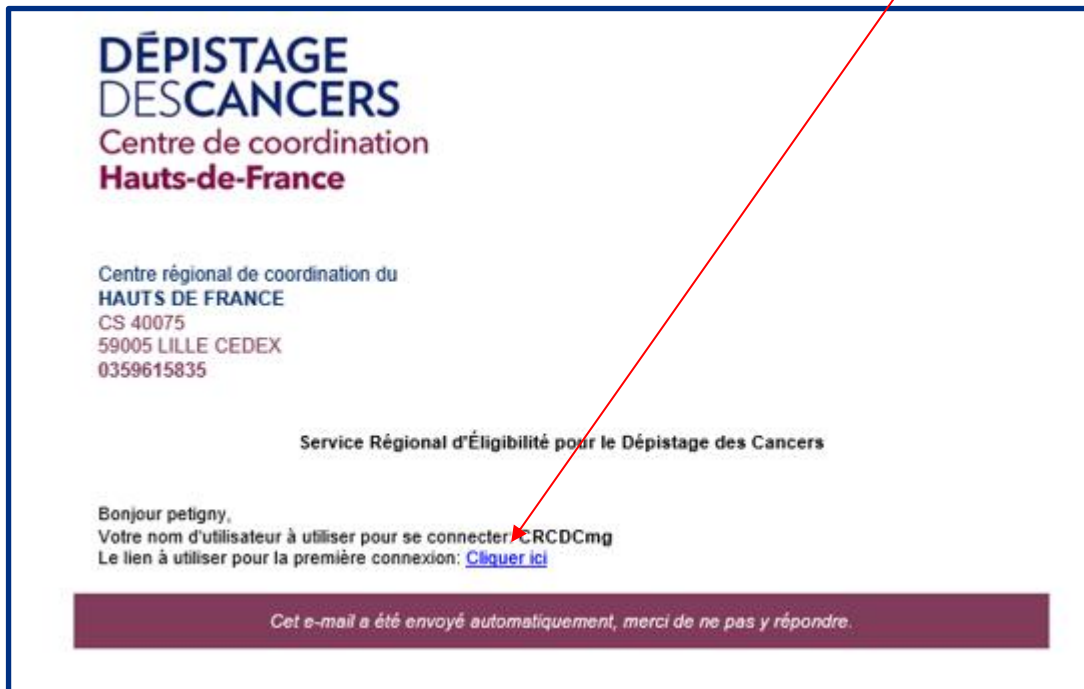


J'envoie un mail à l'adresse suivante : [interfacePS@crcdc-hdf.fr](mailto:interfacePS@crcdc-hdf.fr)



Je remplis le formulaire en ligne sur le site internet du CRCDC : [crcdc-hdf.fr/Espace Pro](https://www.crcdc-hdf.fr/EspacePro)

- Je reçois un mail m'indiquant mon nom d'utilisateur, je clique sur :



Je vérifie que le mail n'est pas arrivé dans les 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@crdc-hdf.fr**

Code de vérification\*:

Valider

- Je reçois un second mail m'indiquant mon code de vérification à saisir :



Je saisis le code de vérification, je valide et l'écran du choix du mot de passe s'affiche => je choisis un mot de passe et je valide

Service Régional  
d'Éligibilité pour le  
Dépistage des Cancers

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

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

Le mot de passe doit être composé de :

- 8 caractères
- au moins une majuscule,
- au moins une minuscule,
- au moins un chiffre
- au moins un caractère spécial



Les conditions générales d'utilisation (CGU) s'affichent.

Je lis le document et j'accepte pour avoir accès à l'interface. L'acceptation vaut signature.

**Charte d'utilisation**

1 sur 8

**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**

**1.1 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)

**1.2 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.

**1.3 Les définitions**

Refuser Accepter

# 1 Rechercher un(e) bénéficiaire :

Quand je me connecte à l'interface, j'arrive sur cet écran :

The screenshot shows the 'Éligibilité - Recherche bénéficiaire' page. At the top, there is a header with 'Service Régional d'Éligibilité pour le Dépistage des Cancers - Région Hauts de France' and a user profile 'Pharmacie Fictive'. Below the header is a search bar with a plus icon and the placeholder text 'Numéro d'immatriculation (sans la clé) ou N° de dossier CRCDC'. To the right of the search bar is a green 'Rechercher' button. Below the search bar are several input fields for search criteria: 'Nom d'usage/patronymique', 'Prénom', a date field 'jj/mm/aaaa' with a calendar icon, 'Sexe indifférent' with a dropdown arrow, and 'Département - 59' with a dropdown arrow. At the bottom left of the search area, it says '0 résultat.'

Je recherche :

- soit en saisissant le numéro de sécurité sociale (sans la clé)
- soit en saisissant le numéro CRCDC
- soit en saisissant le nom d'usage ou le nom de jeune fille, le prénom et la date de naissance.

This screenshot shows the same search interface as above, but with a search result. The search bar now contains the number '2660480111111' and a red box highlights this number. A red arrow points from the search bar to the 'Rechercher' button. Below the search bar, the search criteria are the same. At the bottom, a red box highlights the search result. It shows '1 résultat.' followed by a list of details: 'N° dossier CRCDC: HDF-4474697', 'N° Immatriculation: 2660480111111', 'Nom d'usage: TEST', 'Prénom: Eligibilite', 'Nom patronymique: TEST', 'Né(e) le: 30/04/1966 (58 ans)', '59', and '59000 LILLE'. A red arrow points from the text 'Le résultat apparait : je clique sur l'icône' to a person icon on the right side of the result box.

Le résultat apparait : je clique sur l'icône















## 2 La personne est éligible au DOCCR :

Le questionnaire que je dois remplir avant de remettre le kit apparaît :

### TEST ELIGIBILITE - Questionnaire Pharmacien < Retour

---

**Informations du bénéficiaire**

 <ul style="list-style-type: none"><li> N° dossier CRDC: HDF-4474697</li><li> Civilité: Madame</li><li> Nom patronymique: TEST</li><li> Nom d'usage: TEST</li><li> Prénom: Eligibilite</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li> N° Immatriculation: 2660480111111</li><li> Né(e) le: 30/04/1966 (58 ans)</li><li> Département: 59</li><li> Adresse: RUE KANT 59000 LILLE</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li> N° Téléphone: Non renseigné</li><li> E-Mail: Non renseigné</li><li> Caisse: ABS FICHIERS CAISSES</li><li> Qualité d'ayant droit: Assuré(e)</li></ul>
--	---	---

---

**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 continué 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, 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 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

*Je remplis le questionnaire avec la personne et je remets ou pas le kit en fonction des réponses.*

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, 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 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



*Lorsque je clique sur confirmer les messages suivants apparaissent : je remets le kit de dépistage à la personne*



**Informations** ✕

Une remise de test a été enregistrée

La remise de test s'enregistre automatiquement dans la base de données du CRCDC





## Informations



Le compte rendu PDF est téléchargeable ci-dessous.

[Télécharger](#)

*Je peux imprimer ou sauvegarder le questionnaire rempli en cliquant 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, soeur, 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

*J'enregistre le questionnaire rempli*

*J'imprime le questionnaire rempli*

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 ?\***

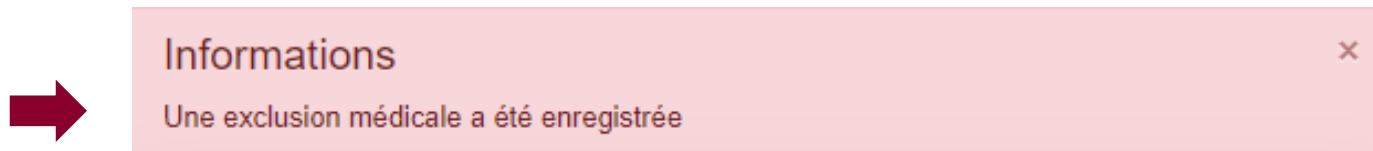
- Un cancer colorectal
- Un ou plusieurs adénome(s) avancé(s) (polypes adénomateux)
- Une maladie de Crohn ou une Rectocolite hémorragique (MICI)
- Une maladie prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch)
- Un cancer colorectal et/ou un adénome avancé (polype 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 ?\***

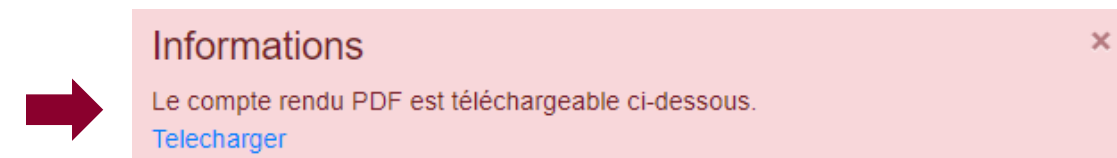
- Une coloscopie il y a moins de 5 ans
- Une coloscopie prévue prochainement
- Un coloscanner il y a moins de 2 ans
- Un test de dépistage du cancer colorectal il y a moins de 2 ans
- Le patient atteste n'avoir réalisé aucun de ces examens

+ Confirmer ⊗ Annuler

Lorsque je clique sur confirmer les messages suivants apparaissent : *je ne remets pas le kit de dépistage*



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



Je peux imprimer ou sauvegarder le questionnaire rempli en cliquant sur télécharger

## La personne devient non éligible

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

Éligibilité - Fiche bénéficiaire - Détails Retour


**Informations** ×

Une exclusion médicale a été enregistrée

**Informations** ×

Le compte rendu PDF est téléchargeable ci-dessous.

[Télécharger](#)

 **N° dossier CRCDC:** HDF-4474697

**Civilité:** Madame

**Nom de jeune fille:** TEST

**Nom d'usage:** TEST

**Prénom:** Eligibilité

En cas d'erreur administrative ou médicale

**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

[Demande d'invitation](#)

[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**


### 3 La personne est non-éligible au DOCCR :

Cas où la personne a déjà fait test qui est positif

 Dépistage Organisé du Cancer colorectal


 Statut: **NON-ÉLIGIBLE**


 Durée: Temporaire jusqu'au: 02/12/2025


 Motifs:


- Le délai entre deux tests n'est pas respecté
- Dépistage positif


---


 Dernier test le: 02/12/2023

 Résultat: **Positif**


 Dernière remise le: -


 Saisir une exclusion


 Remise de test


 Questionnaire Pharmacien

Cas où la personne est en exclusion

 Dépistage Organisé du Cancer colorectal


 Statut: **NON-ELIGIBLE**


 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.


---


 Dernier test le: -

 Résultat: -

 Dernière remise le: -

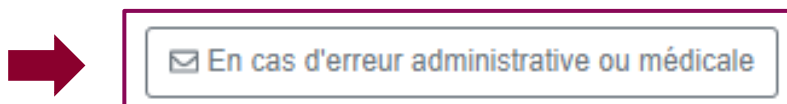
 Saisir une exclusion

 Dernière remise de test le: 29/09/2020

 Questionnaire Pharmacien

## 4 Signaler une erreur sur le dossier de la personne

Je repère une erreur administrative (exemple : adresse erronée), je le signale au CRCDC en cliquant sur :



Je sélectionne le champ erroné concerné

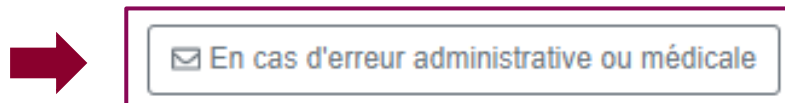
Je notifie dans la zone commentaire la modification

Je clique sur confirmer

### Mettre à jour les données administratives ou médicales

Partie administrative	Partie médicale
<p>Champs concerné(s)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Département</li><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>Nouvelle adresse : 3 rue duchesse, 80000 AMIENS</p>	<p>Commentaire concernant le DCCU</p> <p>Commentaire concernant le DCS</p> <p>Commentaire concernant le DCCR</p>
<p>Annuler <b>Confirmer</b></p>	

Je repère une erreur dans la partie médicale (exemple : la personne est exclue alors ), je le signale au CRCDC en cliquant sur :



Mettre à jour les données administratives ou médicales

Partie administrative

Champs concerné(s)

- Département
- Né(e) le
- Adresse
- E-Mail
- N° Téléphone

Commentaire

Nouvelle adresse : 3 rue duchesse, 80000 AMIENS

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

la personne est non éligible pour refus et souhaite faire son dépistage

Annuler Confirmer

Je coche le dépistage du Cancer Colorectal

Je notifie l'erreur dans le commentaire

Je clique sur confirmer