



Critères d'agrément des centres pour le Programme de Dépistage Organisé du Cancer ColoRectal (PDOCCR)

Date de mise en application : le 01.02.2023

1. Préambule

Le Ministère de la Santé est l'autorité publique responsable de la mise en œuvre du Programme de Dépistage Organisé du Cancer ColoRectal (PDOCCR), de son évaluation à posteriori et du traitement des données à caractère personnel y associé. Il est organisé en partenariat avec la Caisse Nationale de Santé au titre des programmes de médecine préventive. En pratique, le PDOCCR sera géré par le Centre de coordination des programmes de dépistage des cancers, rattaché à la Direction de la Santé.

2. Description du PDOCCR

Le PDOCCR s'adresse à la population, assurée à la Caisse Nationale de Santé, âgée entre 55 et 74 ans à qui il est proposé de réaliser, à domicile, un prélèvement de selles pour un test immunochimique quantitatif de recherche de sang occulte dans les selles. Si le résultat est positif, Il est recommandé à la personne de réaliser un suivi, généralement par coloscopie, si possible dans les 30 jours après réception du résultat du test. Si le test est négatif, un nouveau test sera proposé 2 ans plus tard par le centre de coordination.

En présence de facteurs de risque élevés ou d'antécédent de cancer colorectal, un suivi individuel est recommandé sur avis du médecin de confiance, en dehors du cadre du PDOCCR. Par exemple, les coloscopies ainsi réalisées se feront hors du cadre PDOCCR.

Les modalités d'organisation sont les suivantes :

- un seul test de recherche de sang dans les selles, déterminé suite à une procédure de marché public européen (OC Sensor®),
- un seul laboratoire d'analyses de biologie médicale, déterminé suite à une procédure de marché public européen (Laboratoires Réunis),
- des centres hospitaliers agréés pour la réalisation des coloscopies totales du PDOCCR, sur base de critères d'agrément validés par le Comité scientifique du PDOCCR
- des médecins spécialistes en gastro-entérologie ou en médecine interne, agréés pour la réalisation des coloscopies totales du PDOCCR, sur base de critères d'agrément validés par le Comité scientifique du PDOCCR



3. Bases des critères d'agrément pour les centres

Les critères d'agrément présentés au chapitre 5 ont été choisis sur base des éléments suivants :

- European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening, 2010.
- Normes et bonnes pratiques en matière de prévention des infections nosocomiales, Groupe National de Guidance en matière de Prévention de l'Infection Nosocomiale.
- Recommandations de bonne pratique des sociétés internationales de gastro-entérologie,
- Une rencontre avec les représentants des services d'endoscopies en 2022,
- Un travail d'adaptation et d'approbation par la Commission Scientifique et Technique du PDOCCR le 20.04.2016 et du Comité Scientifique le 12.10.2022, incluant une relecture, et un accord écrit par les directions des centres Hospitaliers concernés.

4. Procédure d'agrément des centres

Pour pouvoir réaliser des coloscopies totales dans le cadre du PDOCCR, les centres devront être agréés par le Ministère de la Santé.

Pour demander un premier agrément les centres doivent adresser une demande au centre de coordination (sur l'adresse mail colorectal@ms.etat.lu).

La demande est alors évaluée une première fois par le centre de coordination (coordinateur médical et scientifique et coordinateur du PDOCCR) afin de s'assurer de son éligibilité au regard des critères d'agrément. Si la demande répond à ces critères, elle est alors soumise à la validation du comité décisionnaire du programme. Ce comité adresse ensuite un avis positif et une proposition d'agrément au Ministre ayant la santé dans ses attributions pour approbation.

Le formulaire de demande d'agrément est disponible auprès du Centre de Coordination des Programmes de Dépistage des Cancers, ainsi que sur le site www.sante.lu/professionnels

En sollicitant cet agrément dans le cadre du PDOCCR, le centre acceptera :

- la publication de son nom et de ses coordonnées sur le Portail Santé (www.sante.lu), ainsi que sur les documents du PDOCCR,
- de participer aux évaluations du PDOCCR,

La demande d'agrément est volontaire. Un centre peut à tout moment demander à être agréé ou peut décider de se retirer du PDOCCR. Il doit informer le Centre de Coordination en cas de cessation d'activité avant le terme de la période de validité de l'agrément. Un délai de préavis de 2 mois doit être respecté. Un retrait des centres agréés pour le dépistage ne peut être fait sans accord préalable à l'unanimité des médecins Gastro-entérologues agréés dans cette structure.

La durée de l'agrément d'un centre est de 3 ans, renouvelable.

L'agrément d'un centre pour réaliser des coloscopies dans le cadre du PDOCCR peut être retiré par le Ministre ayant la Santé dans ses attributions, si le centre ne respecte pas les critères d'agrément, et ce malgré un délai lui ayant été fixé pour répondre aux attentes et sur base de l'avis du comité scientifique.



En vertu de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, tout centre hospitalier doit obligatoirement disposer d'une autorisation d'exploitation pour les services de Gastroentérologie (article 4)

Il est à rappeler que l'autorisation pour des lits d'hospitalisation du jour nécessite une autorisation ministérielle séparée après avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier.

5. Critères d'agrément

5.1. Locaux

- 5.1.1. Disposer d'un lieu pour accueillir les participants,
- 5.1.2. Disposer d'une salle permettant de préparer les participants avec possibilité de sécuriser les effets personnels des participants, possibilité d'isoler les personnes,
- 5.1.3. Disposer d'un lieu adapté pour avoir la possibilité d'annoncer le résultat de la coloscopie en toute confidentialité,
- 5.1.4. Disposer de sanitaires proches de la salle de préparation à la coloscopie,
- 5.1.5. Réaliser les coloscopies dans des salles répondant aux normes de sécurité au travail de l'ITM,
- 5.1.6. Réaliser la surveillance post coloscopie dans une salle équipée d'un système de monitoring,
- 5.1.7. Disposer d'une salle de réveil ou d'un service de soins intensifs dans l'établissement afin de pouvoir accueillir à tout instant une personne présentant une complication grave de la coloscopie. Ainsi que d'un service de chirurgie dans le cas de complications aiguës.
- 5.1.8. Disposer dans la salle de coloscopie ou dans un local très proche.

5.2. Équipement et matériel

- 5.2.1. Disposer d'un système d'insufflation au CO₂, conforme aux exigences du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux (ci-après règlement (UE) 2017/745),
- 5.2.2. Disposer d'un nombre de coloscopes de type haute résolution, conformes aux exigences du règlement (UE) 2017/745, en nombre suffisant pour garantir la réalisation des coloscopies dans le cadre du PDOCCR en respectant les procédures de prévention des infections nosocomiales prévues au paragraphe 5.3,
- 5.2.3. Utiliser des gaz médicaux disposant d'autorisations de mise sur le marché au Grand-Duché de Luxembourg et répondant notamment aux spécifications suivantes : (1) Bonnes pratiques de fabrication des médicaments à usage humain et vétérinaire, Annexe 6 intitulé « Fabrication des gaz médicaux », de la Commission européenne du 3 février 2010, réf. ENTR/F/2/AM/an D(2010) 3374 et (2) ligne directrice sur les gaz médicaux de l'EMA du 9 juillet 2008, réf. CPMP/QWP/1719/00 Rev 1.
- 5.2.4. Mettre à disposition des médecins réalisant les coloscopies dans le cadre du PDOCCR du matériel à usage unique pour la réalisation de l'ablation des polypes ou des lésions cancéreuses (pincés, anses, aiguilles, etc.- dispositifs médicaux conformes aux exigences du règlement (UE) 2017/745).
- 5.2.5. Disposer du matériel conforme aux exigences du règlement (UE) 2017/745 permettant de réanimer et d'une procédure de maintenance, et pouvoir apporter la



preuve des maintenances.

5.3. Prévention des infections nosocomiales

- 5.3.1. Cette démarche doit être coordonnée sous la responsabilité du service de prévention des infections associées aux soins du centre hospitalier dans le respect de l'Article 25 de la loi Hospitalière.
- 5.3.2. Disposer d'une procédure actualisée de nettoyage et désinfection périodique des salles dans lesquelles se déroulent les coloscopies et des équipements, tenant compte de l'actualité scientifique en hygiène hospitalière et des évolutions éventuelles des locaux et des appareils, et tenir une traçabilité de sa mise en œuvre.
- 5.3.3. Organiser le circuit de gestion des coloscopes selon le modèle « marche en avant ».
- 5.3.4. Disposer d'une procédure de nettoyage et désinfection du coloscope utilisé, respectant les étapes suivantes et la mettre en œuvre :
 - Prétraitement du coloscope en salle d'examen,
 - Test d'étanchéité du coloscope,
 - Nettoyage du coloscope par immersion avec brossage,
 - Passage du coloscope en machine laveur--désinfecteur pour endoscope,
 - Rinçage terminal interne et externe du coloscope dans le laveur--désinfecteur avec une eau bactériologiquement maîtrisée et répondant aux recommandations du fabricant
 - Séchage manuel complet du coloscope avec de l'air comprimé à usage médical sur un plan de travail désinfecté,
 - stockage du coloscope en position verticale dans une enceinte de stockage fermée ventilée¹.
- 5.3.5. Disposer d'une procédure de nettoyage et désinfection manuelle en cas de panne du laveur-désinfecteur.
- 5.3.6. Procéder au brossage interne des coloscopes avec une brosse à usage unique pour un coloscope ou avec une brosse stérilisée.
- 5.3.7. Procéder au brossage des entrées des canaux des coloscopes avec une brosse à usage unique ou avec une brosse ayant bénéficié du processus de lavage, désinfection, séchage du coloscope.
- 5.3.8. Procéder au changement du liquide d'immersion des coloscopes au minimum une fois par jour ou chaque fois qu'il y a contamination du liquide d'immersion visible macroscopiquement, en tenant compte de la stabilité du produit désinfectant utilisé, avec une eau répondant au moins aux critères de potabilité.
- 5.3.9. Procéder au changement une fois par jour du flacon stérile et du liquide stérile utilisé pour le rinçage de l'optique pendant la coloscopie.
- 5.3.10. Procéder à un cycle normal en laveur--désinfecteur d'un coloscope lors :
 - d'un retour de maintenance,
 - de la mise en service d'un nouveau coloscope,
 - d'un prêt de coloscope,
 - d'un changement de site si le transport s'effectue dans une valise,

¹ Lorsqu'un établissement, dans l'attente temporaire de l'installation d'un nouvel équipement ou emplacement, ne procède pas au stockage vertical des coloscopes dans des enceintes de stockage fermées et ventilées, il doit s'assurer qu'il répond aux mêmes conditions d'hygiène et de sécurité et en apporter la preuve par des tests bactériologiques suffisamment fréquents



- 5.3.11. Procéder à un stockage des coloscopes d'une durée maximale de 7 jours en enceinte de stockage ventilée ou selon la durée préconisée par le fabricant de l'enceinte de stockage utilisée.
- 5.3.12. Procéder au transport des coloscopes en garantissant la maîtrise du risque d'erreur d'utilisation d'un coloscope souillé en place d'un coloscope prêt à l'usage.
- 5.3.13. Réaliser, une fois par an, une validation des appareils laveurs-désinfecteurs (installation, opérationnelle, performance) selon la norme 15883 par une firme certifiée, tenant compte du type d'appareil en usage et des critères du fabricant.
- 5.3.14. Réaliser un contrôle bactériologique de l'eau du réseau utilisée dans les locaux de nettoyage des coloscopes, une fois par an, par un laboratoire accrédité selon la norme EN ISO 17025.
- 5.3.15. Réaliser un contrôle bactériologique de l'eau de rinçage final de chaque appareil laveur-- désinfecteur, 2 fois par an au minimum, par un laboratoire accrédité selon la norme EN ISO 17025.
- 5.3.16. Réaliser un contrôle bactériologique du canal opérateur, 1 fois par an, de tous les coloscopes, avec une solution stérile de NaCl à 0,9% ou une solution de décrochage, par un laboratoire accrédité pour des analyses sur des laveurs-désinfecteurs pour endoscopes. En cas de présence d'un germe pathogène² ou en cas de résultats hors normes, réaliser un contrôle bactériologique de tous les canaux du coloscope et maintenir le coloscope en « quarantaine » jusqu'à réception de résultats dans les normes.
- 5.3.17. Réaliser des contrôles bactériologiques des enceintes de stockage, deux fois par an, par prélèvement de surface sur au minimum 4 points, par un laboratoire accrédité.
- 5.3.18. Réaliser en fonction des types de machines, selon les recommandations du fabricant, un cycle d'auto--désinfection des laveurs--désinfecteurs et en conserver la traçabilité.
- 5.3.19. Avoir une traçabilité pour toute coloscopie réalisée, à conserver au minimum pendant 10 ans, permettant de relier au minimum les informations suivantes : la date et l'heure de la coloscopie, l'identité du patient, le nom du médecin prestataire, le nom du soignant en salle, l'identification du coloscope, la traçabilité du cycle de lavage--désinfection en machine, la traçabilité du séchage, la traçabilité de la durée de stockage, l'identification du personnel chargé du lavage-désinfection, les références du matériel utilisé pendant la coloscopie. Pour la phase de prétraitement, avoir une traçabilité des audits internes réalisés.
- 5.3.20. Avoir une traçabilité de la maintenance des coloscopes et de la maintenance des laveurs-désinfecteurs et enceintes de stockage.

5.4. Ressources humaines

- 5.4.1. Avoir le médecin anesthésiste en présence physique, au sein du service d'endoscopie, en mesure d'intervenir immédiatement lorsque la coloscopie est réalisée sous sédation profonde ou sous anesthésie générale pour une coloscopie du PDOCCR.
- 5.4.2. Avoir un infirmier en anesthésie et réanimation en présence physique en salle d'endoscopie en cas de sédation profonde () ou anesthésie générale.

² Les germes pathogènes considérés sont E.coli, Coliforme, Entérocoque, Pseudomonas aeruginosa , Staphylococcus aureus, Streptocoque, Candida,



- 5.4.3. Garantir en salle d'endoscopie, lors de la coloscopie, d'avoir un infirmier ayant les compétences requises pour assister le médecin et le patient lors de la coloscopie.
- 5.4.4. Garantir une prise en charge continue entre l'entrée et la sortie du participant par du personnel formé, compétent pour répondre aux questions du participant.
- 5.4.5. Avoir du personnel formé aux procédures de prévention des infections nosocomiales applicables aux coloscopies et les mettant en œuvre.

5.5. Processus de prise en charge et documentation

- 5.5.1. Si le centre est responsable de la prise des rendez-vous, respecter la fiche « Rôle des secrétariats des centres agréés ou des médecins agréés » (annexe 1).
- 5.5.2. S'assurer que le document consentement PDOCCR signé par le participant pour la réalisation de la coloscopie est intégré au dossier du participant.
- 5.5.3. Réaliser une anamnèse par un professionnel soignant avant la coloscopie comprenant les éléments suivants (vérification de l'identité, vérification de la préparation colique, vérification de la bonne compréhension de la coloscopie, prise des signes vitaux, recensement des allergies, recensement des traitements tels que l'anticoagulation, vérification de l'accompagnement), en assurer la traçabilité dans le dossier de soins du participant, et signaler au médecin tout problème repéré y compris un défaut d'information et/ou un défaut de compréhension du patient.
- 5.5.4. Disposer d'un système électronique permettant l'enregistrement des images de coloscopie et leur traçabilité pour la durée de conservation du dossier patient selon la loi luxembourgeoise (10 ans).
- 5.5.5. Garantir l'envoi des échantillons (biopsies) vers le LNS dans les 24h ou procéder à leur conservation selon les recommandations du LNS³, avec la fiche spécifique LNS (Annexe 2), comportant les informations suivantes:
 - Date et heure du prélèvement,
 - Inscription des données du patient,
 - Inscription des coordonnées du médecin ayant réalisé la coloscopie.
 - Inscription des renseignements cliniques : facteurs de risque, résultats du FIT positif,
 - Demande d'envoi d'une copie du résultat au médecin désigné par le patient,
 - Demande d'envoi d'une copie du résultat au médecin du centre de dépistage des cancers,
 - Pour chaque biopsie, inscription sur la fiche de la taille et de la localisation numérotée du polype ou de la lésion biopsiée,
 - Types de marqueurs demandés en collaboration avec le LNS
- 5.5.6. Disposer d'un système d'information électronique permettant d'établir le rapport d'endoscopie du participant de manière structurée et standardisée immédiatement après l'examen. (Annexe 1)
- 5.5.7. Garantir la traçabilité dans le dossier du patient de la sédation et de la surveillance assurée par le personnel soignant avant, pendant et après la coloscopie,
- 5.5.8. Garantir une surveillance post-coloscopie de la tension artérielle, de fréquence cardiaque de la fréquence respiratoire, de l'état de conscience et des signes de

³ Si l'échantillon ne peut pas être acheminé dans les 24h au LNS, par exemple la veille d'un week-end, le prélèvement doit être conservé dans le formol 10 %, à température ambiante et être livré au LNS le 1er jour ouvrable suivant le prélèvement



- complications par le personnel soignant, ainsi que sa traçabilité dans le dossier du patient sous format papier ou électronique,
- 5.5.9. Disposer d'un système d'appel en cas de détresse vitale en endoscopie,
 - 5.5.10. S'assurer de la sortie avec accompagnement de tout participant ayant eu une sédation , et après avoir eu l'autorisation médicale de sortie,
 - 5.5.11. Remettre au participant les consignes relatives aux signes de complication et à leur gestion, et joindre un numéro d'appel en cas de problème, spécifique à l'établissement.
 - 5.5.12. S'assurer que le rapport de coloscopie fait par le médecin agréé est intégré dans le dossier hospitalier du participant ainsi que si possible dans le Dossier de Soins Partagé du patient,
 - 5.5.13. S'assurer que les résultats anatomopathologiques des biopsies réalisées pendant la coloscopie sont intégrés dans le dossier hospitalier du participant,
 - 5.5.14. Conserver dans le dossier hospitalier du patient la documentation de la coloscopie PDOCCR pendant 10 ans au minimum, après l'acte.

5.6. Gestion générale

- 5.6.1. Si les coloscopies du PDOCCR sont réalisées sur plusieurs sites de l'établissement, garantir le respect des mêmes normes de qualité d'organisation et de réalisation des coloscopies sur chacun des sites,
- 5.6.2. Garantir, si possible, l'organisation d'une coloscopie dans les 30 jours pour un résultat positif au test de recherche de sang occulte dans les selles du PDOCCR (si l'établissement gère les rendez-vous),
- 5.6.3. Mettre à disposition dans l'établissement la documentation nationale relative au PDOCCR et à la coloscopie, qui sera distribuée par le Centre de coordination des programmes de dépistage des cancers de la Direction de la santé,
- 5.6.4. Respecter le modèle de facturation défini dans le cadre du PDOCCR,
- 5.6.5. S'assurer de l'archivage du dossier du participant selon les délais prévus dans la loi luxembourgeoise (10 ans après l'acte), y compris les images choisies par le médecin ayant réalisé l'endoscopie, et les images obligatoires prévues dans le PDOCCR (valvule iléo-caecale),
- 5.6.6. S'assurer de l'enregistrement des cas de cancer détectés dans le cadre du PDOCCR dans le registre hospitalier du cancer de l'établissement.
- 5.6.7. Désigner un médecin agréé comme personne relais avec le centre de coordination du PDOCCR de la Direction de la santé.
- 5.6.8. Envoyer au Centre de coordination des programmes de dépistage des cancers, un relevé semestriel des coloscopies réalisées dans le cadre du PDOCCR.

5.7. Gestion des événements indésirables

- 5.7.1. Disposer d'une procédure d'alerte des événements indésirables en endoscopie et des complications, sur la base de la liste des complications définie dans le PDOCCR (hémorragie, perforation de la muqueuse intestinale, péritonite, problème cardio-respiratoire, décès),
- 5.7.2. Enregistrer et documenter toute complication ou événement indésirable liés aux coloscopies du programme de dépistage. (Article 25 de la loi hospitalière du 08 Mars 2018.)
- 5.7.3. Participer au système d'enregistrement des complications jusqu'à 30 jours après une



coloscopie et transmettre les informations vers le Centre de coordination des programmes de dépistage des cancers de la Direction de la santé, en utilisant l'échelle de référence « AGREE ». (Annexe 3)

- 5.7.4. Transmettre tout décès suite à une coloscopie du PDOCCR vers le médecin responsable du PDOCCR du Centre de coordination des programmes de dépistage des cancers de la Direction de la santé, le jour même ou le jour ouvrable le plus proche.

6. Système d'évaluation

Accepter de recevoir une comparaison dépersonnalisée des résultats du centre agréé avec les autres centres agréés ou avec des résultats internationaux, sur entre autres les indicateurs suivants :

- Taux de complications ou événements indésirables
- Délai moyen entre une coloscopie de contrôle post fit positif PDOCCR et la date d'édition du résultat par les Laboratoires Réunis.

D'autres indicateurs pourront être développés par le Comité Scientifique du PDOCCR.



ANNEXE 1 : Compte rendu structuré

Compte rendu de coloscopie : Fiche standardisée PDOCCR

1 Données administratives et technique

1.1 Identification du patient

Nom complet (nom de jeune fille ,épouse.....) :

Prénoms :

n° de matricule national :

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

1.2 Date de la coloscopie

Date de la réalisation de la coloscopie : __/__/20__

1.3 Médecin prestataire

Nom, prénom :

Code médecin :

N° d'agrément PDOCCR :

1.4 Centre d'endoscopie

Nom :

N° d'agrément PDOCCR :

1.5 Sédation – Analgésie

☐ Pas de sédation

☐ Technique de relaxation

☐ Sédation consciente (par exemple Midazolam)

☐ Sédation profonde (par exemple Propofol)

1.6 Endoscope

Endoscope 1 OBLIGATOIRE (modèle ; n° de série) :

Endoscope 2 Facultatif (modèle ; n° de série) :

Endoscope 3 Facultatif (modèle ; n° de série) :

1.7 Préparation

Score de boston (total) :

Pour aider au calcul du total vous pouvez remplir le tableau ci-après :

DEFINITION SCORE LOCALISATION

Côlon ascendant Côlon transverse y compris angles hépatique et splénique

Côlon descendant, sigmoïde rectum

côlon non préparé; muqueuse non visualisée à cause de matières solides qui ne peuvent pas être aspirées 0

des portions des muqueuse sont vues tandis que d'autres ne sont pas vues à cause de matières solide ou de liquide teinté 1

résidus minimes de selles ou de liquide teinté, mais le segment est globalement bien vu 2

muqueuse parfaitement bien vue, sans aucun résidu 3



SCORE TOTAL

1.8 Coloscopie incomplète

☐ Boston insuffisant (total ≤ 6)

☐ Douleur

☐ Sténose infranchissable

☐ Problème technique

☐ Autre :

1.9 Coloscopie complète

Atteinte Caecum/valvule de Bauhin : ☐ Oui ☐ Non

Documentation par photographie du Caecum/valvule de Bauhin : ☐ Oui ☐ Non ☐ Perte de l'image

2 Aspect macroscopique

☐ Normal

☐ Tumeur

☐ Hémorragique

☐ Sténosante

☐ Diverticulose

☐ Inflammatoire

☐ Lésion(s) vasculaire(s)

☐ Polypes (indiquer le nombre) :

☐ Autre :

2.1 Biopsie

☐ Oui

☐ Non (indiquer obligatoirement le temps de retrait) : Minutes

3 Description des lésions et biopsies

Tableau à compléter selon les indications ci-dessous :

Type de lésion	Numéro de flacon	Forme (polype)	Localisation	Résection
	Récupération pièce	Taille		
	Instrument			

Type de lésion : Polype ; Tumeur ; Muqueuse ; Autre

Numéro de flacon : numéroter de 1 à X

Forme [pour les polypes uniquement] : se. (Sessile) ; pe. (Pédiculé) ; pl. (plat) ; Autre

Localisation : AS (ascendant) ; TR (Transverse, y compris les angles hépatiques) ; DE (descendant) ; SI (sigmoïde) ; RE (rectum) ; CA (caecum) ; AN (anastomose) ; BA (Bauhin)

Résection : Complète ; Incomplète ; Pas de résection

Récupération pièce : Complète ; Incomplète ; Non récupérée

Taille :

- Polypes : <10 mm ; ≥ 10 et ≤ 20 mm ; ≥ 20 et ≤ 30 mm ; ≥ 30 mm

- Tumeur : indiquer la taille en mm



Instrument : Pince ; Anse froide ; Anse chaude ; mucoséctomie

4 Complications immédiates de l'endoscopie ou de la sédation nécessitant une intervention

☐ Aucune complication immédiate

☐ Cardiopulmonaire

☐ Saignement

☐ Douleur

☐ Perforation

5 Proposition de suivi

5.1 Coloscopie de contrôle

☐ Année

☐ Mois

5.2 Retour au dépistage par test Fit tous les 2 ans (selon les guidelines)

☐ Oui

☐ Non



ANNEXE 2 : Formulaire LNS



Demande d'examen
Programme de dépistage organisé du cancer
colorectal

* **renseignement obligatoire**

Date et heure* : ____/____/____ ____:____:____

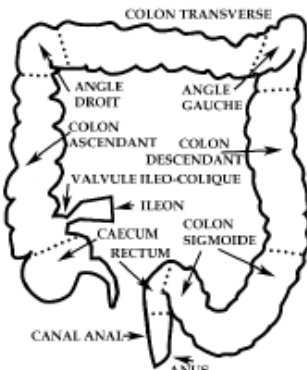
Patient	Médecin prescripteur
Matricule, sexe* : _____ ☐ M ☐ F	Nom, prénom* : _____
Nom* : _____	Code médecin : _____
Nom de jeune fille* : _____	Signature* : _____
Prénom* : _____	Adresse : _____
CP, Localité* : _____	Adresse e-mail : _____
N° et rue* : _____	
Caisse de santé : _____	

Copies pour (nom*, prénom*) : _____

Conditionnement : Nombre de flacons* Heure de prélèvement* Biopsie ☐ fixé ☐ non fixé

Renseignements cliniques et hypothèse(s) diagnostique(s) clinique(s)* (en MAJUSCULES svp)

Latéralité : _____



1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

Notes: _____

En annexe : ☐ CD ☐ radiologie ☐ photo ☐ rapports

Réserve au service d'anatomie pathologique

	Déballage	paraphe	Distrib. pathol.	paraphe	
	Macro simple	_____	Colorations sp.	_____	
	Macro complexe	_____	Immunohisto.	_____	
	Inclusion paraff.	_____	Cytologie	_____	
	Coupes	_____	Extemporané	_____	
	Etiquettes	_____	Décalcification	(début) (fin)	



ANNEXE 3 : Echelle des complication AGREE

<https://www.giejournal.org/article/S0016-5107%2821%2901867-8/pdf>

Echelle permettant de classer les événements indésirables en 5 stades de gravités.

Grade	Définition
Aucun événement indésirable	Contact téléphonique avec le médecin généraliste, la polyclinique ou le service d'endoscopie sans aucune intervention ou mise en observation prolongée du patient après la procédure, < 3 heures, sans aucune intervention.
Grade I	Événements indésirables avec écart par rapport à l'évolution post-opératoire standard, sans qu'il soit nécessaire de recourir à un traitement pharmacologique ou interventions endoscopiques, radiologiques ou chirurgicales. ➤ Présentation aux urgences, sans aucune intervention ➤ Admission à l'hôpital (<24 heures), sans aucune intervention ➤ Traitements par thérapeutiques autorisés tels que les antiémétiques, les antipyrétiques, les analgésiques et les électrolytes
Grade II	➤ Événements indésirables nécessitant un traitement pharmacologique avec des médicaments autres que ceux autorisés pour les événements indésirables de grade I (c.-à-d. antibiotiques, antithrombotiques, etc.) ➤ Transfusions de sang ou de produits sanguins ➤ Hospitalisation de plus de 24 heures
Grade III	Événements indésirables nécessitant une intervention endoscopique, radiologique ou chirurgicale
<i>Grade IIIa</i>	<i>Intervention endoscopique ou radiologique</i>
<i>Grade IIIb</i>	<i>Surgical intervention</i>
Grade IV	Événements indésirables nécessitant une admission en unité de soins intensifs/de soins intensifs
<i>Grade IVa</i>	<i>Dysfonctionnement d'un seul organe (y compris dialyse)</i>
<i>Grade IVb</i>	<i>Dysfonctionnement multiorganique</i>
Grade V	Décès du malade