

자궁 경부 자가 선별 검사 키트 요청

단계별 안내

또한, 다른 언어본도 있습니다.

키트 주문 코드 찾기

1. 키트 주문 코드는 BC Cancer 에서 보내드린 자궁 경부 선별 검사 편지에서 찾을 수 있습니다(아래 참조).

Get your Free Cervix Self-Screening Kit		
To book online: Scan this QR code or visit: screeningbc.ca/request-kit		Your kit order code: ABC-01234567-DEF
		To book by phone: Please call: 1-877-702-6566 Monday to Friday: 8:00 am – 5:30 pm Saturday: 8:30 am – 4:30 pm

키트 주문 코드 입력

2. 아래와 같이 웹사이트에 코드를 입력합니다.

Request a Cervix Self-Screening Kit

To get started, please enter the Kit Order Code provided in your letter from BC Cancer Screening.

Kit Order Code

XXX-XXXXXXXX-XXX

[I do not have a Kit Order Code](#)

[Get step-by-step instructions](#) (translations available)

I'm not a robot



reCAPTCHA
Privacy - Terms

Start Kit Request

3. 코드를 입력한 후 'I'm not a robot' (로봇 아님) 확인란을 클릭하고 안내에 따라 본인 인증을 합니다.
4. 보라색 'Start Kit Request' (키트 요청 시작) 버튼을 클릭하여 다음 페이지로 이동합니다.

자격 확인

5. 본인에게 해당하는 옵션을 하나 이상 선택하고 'Submit' (제출)을 클릭합니다.



[Start your Kit Request](#) | [FAQ](#) | [Contact Us](#)

Confirm Your Cervix Screening Eligibility



Select all that apply to you and press Submit:

Note: We will not keep a record of your selection unless you indicate you would like us to update your information.

I have had my cervix removed (e.g. total hysterectomy)

I have had cervix screening (Pap test or self-screening) in the last 3 months

I am currently experiencing symptoms, pregnant or using a pessary

I have had cervical cancer

None of the above

Submit

If you don't live in BC you won't receive a cervix self-screening kit.

해당하는
옵션(들)을
선택합니다.

6. 'None of the above' (해당 사항 없음)을 선택한 경우 다음 페이지로 이동합니다. 그렇지 않으면 자궁 경부 선별 검사 상태 통지를 받게 됩니다.

키트 주문 정보 확인

7. 이름, 배송 주소, 전화번호 및 이메일 주소 등 개인 정보를 입력하거나 검토한 다음 'Continue' (계속) 버튼을 클릭합니다.

Confirm Your Kit Order Information



Name

Name on your Driver's License or BC ID used to find your health record.

Legal Last Name

TESTPAT-LN-CERVIXPORTAL

Legal First Name

TESTFN-PROMOTIONS

If your name is incorrect, please contact the [Ministry of Health](#) to update your name with them.

Preferred First Name (optional)

Name you would like us to use when we contact you, including phone and mail

Delivery Address

Phone Number

Email Address

모든 정보를
입력하거나
정확한지
확인합니다.



Delivery Address

Mailing Address Line 1*

Mailing Address Line 2 (optional)

City*

Province
BC

Postal Code*

The address above will be used to mail you a screening kit. If you made changes, please contact the [Ministry of Health](#) to check they have your correct mailing address to receive your results there.



Phone

You must provide at least one phone number

Home Phone

Mobile Phone

If you made changes, please contact the [Ministry of Health](#) to update your information. Changing your phone number above will not update it with the Ministry of Health.

Email

Update your email address

Email*

Re-enter Email*



모든 정보를 입력하거나 확인한 후 'Continue' (계속)을 클릭합니다.

일차 진료 제공자에게 정보를 제공합니다

8. 이제, 현재 일차 진료 제공자가 있는지 여쭙보겠습니다. *일차 진료 제공자가 키트를 요청할 필요가 없습니다.*



[Start your Kit Request](#) | [FAQ](#) | [Contact Us](#)

Provide Your Primary Care Provider Information



Do you currently have a primary care provider (e.g. family doctor, nurse practitioner, midwife, clinic) in BC to receive your results?

Yes No

You do not need a primary care provider to participate. If you need follow-up after screening you will be linked to a clinic in your community.

9. 'No'(아니오)라고 답하면 다음 페이지로 이동합니다.

10. 'Yes'(예)라고 답하면 일차 진료 제공자 정보를 요청하는 새 섹션이 나타납니다.

Provide Your Primary Care Provider Information

Eligibility | Address | Provider | Review | Finish

Do you currently have a primary care provider (e.g. family doctor, nurse practitioner, midwife, clinic) in BC to receive your results?

Yes No

You do not need a primary care provider to participate. If you need follow-up after screening you will be linked to a clinic in your community.

Search for your Primary Care Provider

Fill out one or more field(s)

Last Name
e.g. Smith

First Name
e.g. Jane

Clinic Address or Clinic Name
e.g. 123 Street or First Medical Clinic

City/Town
e.g. Vancouver

Phone Number
(XXX) XXX-XXXX

일차 진료
제공자에 관하여
알고 있는 정보를
입력합니다.

11. 입력할 수 있는 정보를 입력하고 'Search' (검색)을 클릭합니다. 일부 세부 정보를 잘 모르는 경우 모든 영역을 작성할 필요가 없습니다.

12. 그러면 입력한 세부 정보와 일치하는 일차 진료 제공자 명단이 나타납니다. 본인의 일차 진료 제공자를 클릭한 다음 'Continue' (계속)을 클릭합니다.

[Start your Kit Request](#) | [FAQ](#) | [Contact Us](#)

Primary Care Provider Search Results

Eligibility | Address | Provider | Review | Finish

Refine Results

Fill out one or more field(s)

Last Name
PLISBVDU

First Name
e.g. Jane

Clinic Address or Clinic Name
e.g. 123 Street or First Medical Clinic

City/Town
e.g. Vancouver

Phone Number
(XXX) XXX-XXXX

1 Primary Care Provider(s) found. Select your provider and address then scroll down to continue.

PLISBVDU, JAGGER

Address: PINETREE MEDICAL, 458 PINE RD, VANCOUVER, BC V5Z 1G1
Phone: 604-789-7878

My primary care provider and/or address is not listed

- 본인의 일차 진료 제공자가 명단에 없으면 'Refine Results' (검색 구체화)에 정보를 더 추가해 보세요.
- 일차 진료 제공자가 여전히 명단에 없는 경우 'My primary care provider and/or address is not listed' (내 일차 진료 제공자 및/또는 주소가 목록에 없음) 를 선택하고 일차 진료 제공자의 정보를 직접 입력한 후 'Continue' (계속)을 클릭합니다.

Primary Care Provider Search Results

Eligibility
Address
Provider
Review
Finish

Refine Results

Fill out one or more field(s)

Last Name
PLISBVDU

First Name
e.g. Jane

Clinic Address or Clinic Name
123 street

City/Town
Vancouver

Phone Number
(XXX) XXX-XXXX

[Clear all](#) [Search](#)

0 Primary Care Provider(s) found.

No results found

My primary care provider and/or address is not listed

Name of Primary Care Provider*

e.g. family doctor, nurse practitioner, midwife

Note: If you don't see a specific primary care provider at your clinic, write "NA" above and fill in fields below.

Name of Clinic*

e.g. First Medical Clinic

Clinic's Phone Number*

(XXX) XXX-XXXX

If we are unable to find your primary care provider you will be linked to a clinic in your community for follow up if needed.

[Continue](#)

이 섹션을
작성합니다.

키트 요청 세부 정보 확인

- 키트를 요청하기 전에 제공한 모든 정보를 검토하시기 바랍니다. 'Edit' (편집) 버튼을 클릭하여 잘못된 정보를 수정할 수 있습니다.

Confirm Kit Request Details

Eligibility
Address
Provider
Review
Finish

⚠ Your kit has NOT been requested yet. Please review your details before submitting the kit request.

Name
TESTFN-PROMOTIONS TESTPAT-LN-CERVIXPORTAL [Edit](#)

Delivery Address
123 Test Address
Unit 415
Vancouver, BC V5Z 1H1

Email
test@gmail.com

Phone Numbers
Home: (604) 111-1111
Mobile: (778) 222-2222

Primary Care Provider
Cho
Pinetree Medical
(123) 456-7891 [Edit](#)

[Submit Kit Request](#)

- 정보가 정확한지 확인하면 'Submit Kit Request' (키트 요청 제출) 버튼을 클릭하여 키트를 요청합니다.