

درخواست کیت خود-غربالگری دهانه رحم

راهنمای گام به گام

به زبان‌های دیگر نیز در دسترس است.

کد سفارش کیت خود را پیدا کنید

۱. کد سفارش کیت را می‌توانید روی نامه غربالگری دهانه رحم سرطان بی‌سی پیدا کنید (بخش پایین را ببینید).

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

کد سفارش کیت خود را وارد کنید

۲. کد را طبق تصویر در وبسایت وارد کنید.

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

۳. پس از اینکه کد را وارد کردید، روی کادر انتخاب 'I'm not a robot' کلیک کنید و راهنمای احراز هویت را دنبال نمایید.

۴. روی دکمه بنفش 'Start Kit Request' کلیک کنید تا به صفحه بعد بروید.

۵. حداقل یک گزینه مربوط به درخواست خودتان را انتخاب و سپس روی 'Submit' کلیک کنید.



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

Confirm Your Cervix Screening Eligibility



Eligibility



Address



Provider



Review



Finish

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

گزینه(های)

مرتبط با خود را
انتخاب کنید.

Submit

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

۶. اگر 'None of the above' را انتخاب کنید، به صفحه بعد می‌روید. در غیر این صورت، از وضعیت غربالگری دهانه رحم خود مطلع خواهید شد.

۷. اطلاعات شخصی خود مانند نام، آدرس تحویل، شماره تلفن و آدرس ایمیل را وارد یا مرور کنید و سپس روی 'Continue' کلیک کنید.

Confirm Your Kit Order Information



Eligibility



Address



Provider



Review



Finish



Name



Delivery Address



Phone Number



Email Address

We use this information to mail you your self-screening kit, communicate with you if a kit cannot be sent and/or follow-up with you about screening.

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

Legal Last Name
TESTPAT-IN-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

اطلاعات

خود را وارد

یا صحت

اطلاعات را

تأیید کنید.



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*



پس از ورود یا تأیید اطلاعات شخصی، روی 'Continue' کلیک کنید.

اطلاعات ارائه‌دهنده‌ی اصلی مراقبت‌های بهداشتی خود را ارائه دهید

۸. در مرحله بعد، ما از شما می‌پرسیم که آیا در حال حاضر ارائه‌دهنده‌ی اصلی مراقبت‌های بهداشتی دارید یا خیر. ارائه‌دهنده اصلی مراقبت‌های بهداشتی ملزم به ارائه درخواست کیت نیست.



[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.

۹. اگر پاسخ شما «نه» باشد، به صفحه بعد خواهید رفت.

۱۰. اگر پاسخ شما «بله» باشد، بخش جدیدی نمایان می‌شود که اطلاعات ارائه‌دهنده اصلی مراقبت‌های بهداشتی شما را می‌پرسد.

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.

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

اطلاعات
ارائه‌دهنده اصلی
مراقبت‌های
بهداشتی خود را
وارد کنید.



۱۱. اطلاعاتی را که می‌دانید وارد نمایید و روی 'Search' کلیک کنید. اگر در مورد برخی از جزئیات مطمئن نیستید، لازم نیست همه بخشها را تکمیل کنید.

۱۲. سپس فهرستی از ارائه‌دهندگان اصلی مراقبت‌های بهداشتی را مطابق با جزئیات ارائه شده خواهید دید. روی نام ارائه‌دهنده اصلی مراقبت‌های بهداشتی خود و سپس روی 'Continue' کلیک کنید.



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

Primary Care Provider Search Results



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

۱۳. اگر نام ارائه‌دهنده اصلی مراقبت‌های بهداشتی خود را در این فهرست نمی‌بینید، سعی کنید اطلاعات بیشتری را به 'Refine Results' اضافه کنید.

۱۴. اگر همچنان نام ارائه‌دهنده اصلی مراقبت‌های بهداشتی شما در فهرست نیست، لطفاً 'My primary care provider and/or address is not listed' را انتخاب و اطلاعات ارائه‌دهنده اصلی مراقبت‌های بهداشتی خود را به صورت دستی وارد کنید، سپس روی 'Continue' کلیک نمایید.

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 "N/A" 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

این بخش را کامل کنید.

تأیید جزئیات درخواست کیت

۱۵. لطفاً قبل از ثبت درخواست کیت، تمام اطلاعات ارائه شده را مرور کنید. می‌توانید روی دکمه 'Edit' کلیک و اطلاعات نادرست را ویرایش کنید.

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

۱۶. پس از تأیید صحت اطلاعات، برای درخواست کیت روی دکمه 'Submit Kit Request' کلیک کنید.