

Як замовити набір для самотійного скринінгу на рак шийки матки

Покрокова інструкція

Також доступна іншими мовами.

Знайдіть код замовлення набору (kit order code)

1. Код замовлення набору вказаний у листі щодо скринінгу на рак шийки матки від BC Cancer (див. нижче).

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

Введіть код замовлення набору

2. На вебсайті введіть код у віконці, на яке вказує стрілка.

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



Start Kit Request

3. Після введення коду поставте галочку у віконці «Я не робот» («I'm not a robot») і дотримуйтесь інструкцій для автентифікації.
4. Натисніть фіолетову кнопку «Відправити запит на отримання набору» («Start Kit Request»), щоб перейти на наступну сторінку.

Підтвердьте свою відповідність критеріям

5. Виберіть принаймні один варіант, що відповідає вашій ситуації, і натисніть кнопку «Надіслати» («Submit»).

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

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

Виберіть відповідний(-і) варіант(-и).

6. Якщо ви вибрали «Жоден із зазначених варіантів» («None of the above»), ви перейдете на наступну сторінку. В іншому разі вам буде надана інформація щодо вашого статусу стосовно скринінгу на рак шийки матки.

Підтвердьте інформацію про замовлення набору

7. Введіть або перегляньте свої персональні дані, включно з іменем, адресою доставки, номером телефону та електронною адресою, а потім натисніть кнопку «Продовжити» («Continue»).

Confirm Your Kit Order Information

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-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

Переконайтеся, що вся інформація правильна.



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*



Після введення або завершення перевірки всіх ваших даних натисніть «Продовжити» («Continue»).

Надайте інформацію про свого постачальника первинної медичної

8. Далі ми запитаємо, чи маєте ви наразі постачальника первинної медичної допомоги (сімейного лікаря, практикуючу медсестру тощо). *Наявність постачальника первинної медичної допомоги не є обов'язковою для замовлення набору.*

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. Якщо ви відповісте «Ні» («No»), ви перейдете на наступну сторінку.

10. Якщо ви відповісте «Так» («Yes»), з'явиться новий розділ для введення інформації про вашого постачальника первинної медичної допомоги.

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

Введіть всю відому вам інформацію про вашого постачальника первинної медичної допомоги.

11. Введіть доступні вам дані та натисніть кнопку «Пошук» («Search»). Вам не потрібно заповнювати всі поля, якщо ви не впевнені в деяких деталях.
12. Ви побачите список постачальників первинної медичної допомоги, які відповідають наданій вами інформації. Виберіть вашого постачальника первинної медичної допомоги та натисніть кнопку «Продовжити» («Continue»).

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

13. Якщо ваш постачальник первинної медичної допомоги не відображається у списку, спробуйте ввести більше даних у полі «Уточнити результати» («Refine Results»).
14. Якщо ваш постачальник первинних медичних послуг досі не відображається, виберіть варіант «Мого сімейного лікаря та/або адресу не вказано» («My primary care provider and/or address is not listed») та введіть інформацію вручну перед тим, як натиснути кнопку «Продовжити» («Continue»).

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.

Заповніть цей розділ.

Continue

Підтвердьте деталі замовлення на отримання набору

15. Перегляньте всю надану інформацію перед тим, як зробити запит на отримання набору. Ви можете натиснути кнопку «Редагувати» («Edit»), щоб виправити помилки.

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

16. Коли переконаєтеся, що всі дані правильні, натисніть кнопку «Надіслати запит на отримання набору» («Submit Kit Request»), щоб замовити набір.