BC CANCER COLON SCREENING
Provincial Health Services Authority

Rappel concernant le dépistage du cancer du côlon

Notice Date

JANE SAMPLE
123 ANY STREET
CITY, PROVINCE, POSTAL CODE

Bonjour,

Nos dossiers indiquent qu'il est temps de subir un test de dépistage du cancer du côlon. D'après nos dossiers, votre dernier test de dépistage du cancer du côlon remonte au : 24 September 2023.

Le Programme de dépistage du cancer du côlon de BC Cancer vous recommande de continuer à protéger la santé de votre côlon en effectuant le test immunochimique fécal (TIF) à domicile. Le TIF est un test de dépistage sécuritaire et indolore que vous pouvez effectuer dans l'intimité de votre domicile.

Veuillez choisir l'une des options suivantes en fonction de votre état de santé :

Option 1	Si l'une des situations suivantes s'applique à vous : Vous avez récemment effectué un TIF ou vous avez subi une coloscopie au cours des dix dernières années. Vous avez un parent au premier degré (parent, frère, sœur ou enfant) qui a reçu un diagnostic de cancer du côlon avant l'âge de 60 ans, ou deux parents au premier degré ou plus avec ce diagnostic. Vous avez des antécédents personnels d'adénomes (c'est-à-dire des polypes précancéreux). Vous avez des antécédents personnels de maladie de Crohn ou de colite ulcéreuse. Vous avez actuellement du sang dans les selles, des douleurs abdominales, un changement des habitudes intestinales ou une perte de poids inexpliquée. **Veuillez ne pas effectuer le TIF. Veuillez consulter une professionnelle ou un professionnel de la santé afin de déterminer si le test de dépistage est approprié pour vous.**
Option 2	Si aucune des situations ci-dessus ne s'applique à vous, veuillez apporter le formulaire de demande d'analyse de laboratoire figurant au verso de cette lettre à n'importe quel laboratoire situé en Colombie-Britannique pour obtenir votre test. Une liste des emplacements de laboratoires est disponible à l'adresse suivante : www.screeningbc.ca/colon. Dans de nombreux laboratoires, il est nécessaire de prendre rendez-vous pour obtenir la trousse de dépistage. Vous ne pourrez pas obtenir une trousse TIF au laboratoire si les renseignements sur le patient ou le nom du professionnel de la santé prescripteur figurant sur la demande ne sont pas à jour. Si une information est incorrecte, veuillez composer le 1 877 702-6566.

Le dépistage peut prévenir le cancer du côlon en détectant les polypes (petites excroissances) avant qu'ils ne deviennent cancéreux. Si un cancer du côlon est détecté à son stade le plus précoce, les chances de survie sont supérieures à 90 %.

Si vous avez des questions concernant le dépistage du cancer du côlon, veuillez consulter le site www.screeningbc.ca/colon. J'espère que vous ferez aujourd'hui un pas positif pour votre santé en participant au dépistage.

Veuillez agréer mes salutations distinguées,

Dr. Jennifer Telford
Medical Director
BC Caner Colon Screening
Phone: 1-877-702-6566 Email : screening@bccancer.bc.ca
www.screeningbc.ca/colon

Client PHN#
Notice ID: XXXXXXXXXXXX

SAMPLE

BRITISH COLUMBIA | Ministry of Health

STANDARD OUT-PATIENT LABORATORY REQUISITION

(DURING PRACTION IF ADDRESS, PHONE, MSP/PRACTITIONER NUMBER)

Yellow highlighted fields must the copbileted.

For tests indicated with a blue teet kon , consult provincial guidelines and protocols:www.gov.bc.ca/gov/(contentpmvometdnyalifh/pccdotlonon profcoclntiald/clinical-resources/laboratory-services

BILL TO: ☐ MSP ☐ MCFC ☐ WorkSafeBC ☐ PHSA/BCP ☐ OTHER: _____

PRACTITIONER LAST NAME/FIRST NAME	PHN/ULN	LOCATION FOR PRACTICE (BILLING) PHONE NUMBER

LAST NAME OF PATIENT	FIRST NAME OF PATIENT	Birth date (YYYY/MM/DD) or Other

BCN: PHN MRN CD	SEX		Copy to PRACTITIONER/SUP'S: Practitioner Number:
	☐ M ☐ P	Pregnant? ☐ YES ☐ NO ☐ Refusing: _____ h pc	

PRIMARY CONTACT: ☐ PAPENT ☐ OTHEE	SECONDARY CONTACT NUMBER OF PATIENT	OTHER CONTACT NUMBER OF PATIENT	Copy to PRACTITIONER/SUP'S: Practitioner Name:

ADDRESS OF PATIENT	CITY/TOWN	PROVINCE	POSTAL CODE

DIAGNOSIS: CREDEN./MSP/CARE/COOR/CBC ADD TANIS OF LAB TESTING

HEMATOLOGY

- ☐ Hematology profile
- ☐ CBC
- ☐ NHR: (absolute or indexes)
- ☐ WBC differential (specify if differential only)
  - Cmrphvesatiovs thromôb the –.T.T., INR, and/or
  - Heparinizee (ACTY) OTIST E (Transferrase/ (CSF testing)

On Anticoagulant ☐ No ☐ Yes
Specify: _____

URINE TESTS

- Microscopic urinalysis (dipstick positive)
- Microscopic urine (culture if pyvria or nitrate present)
- Microscopic urinalysis Microscopy*

* Clinical infomation in microscope request.

CHEMISTRY

- ☐ Glucose - fasting (see reverse for patient instructions)
- ☐ CBC ...dom
- ☐ GTT - (sestotional (calculator: (50 g load, 1 hour post-fasting)
- ☐ GGT - sestational diabetes (other than 50 g load fasting 1 hour 6.7 am - 11 am)
- ☐ GTT - non gpstational diabetes
- ☐ Immunoglobluins
- ☐ Drug levels (check tiss: NGOL - Urine

MICROBIOLOGY – *(Must ter ANS/MRN, INH and PATIENT'S BIRTH DATE (MONTH, DAY, YEAR) on dit STIF)*

ROUTINE CULTURE

- ☐ Anaerobic: ☐ Both ☐ ☐ Urine ☐ Specify: _____
- ☐ Throat ☐ Sputum ☐ Blood ☐ Other:
- ☐ Supvecical Wound - Site: _____
- ☐ Deep Wound - Site: _____
- ☐ Other: _____

GRAMES:

- ☐ Initial specimen for BV (spun only)
- ☐ Gram stain (unspung, cuilture, trichomonas)
- ☐ Gram stains and culture

GROIPD A STREP SCEREN (Pregnancy only)

☐ Throat ☐ Vaginla/recta swab ☐ Pericanl/rectal

C... (FRACTION) ☐ Aerobic ☐ Anaerobic ☐ Urine
☐ Uitroe ☐ Throat ☐ Respirary ☐ Othoe

GONNALLY TRANSMITTED INFECTION (CTI TESTING

☐ Chlalmydia ☐ GC ☐ HIV ☐ Syphills
☐ Other: _____

GONOREA A GC CULTURE

☐ Scrooat ☐ Soyvale ☐ Urine ☐ Rectum ☐ Other: _____

CDOOL CULTURS

- ☐ Dhratyn6 fpoody stool) ☐ Yes ☐ /k
- ☐ C. difficnlc ☐ OAP ☐ Cultuve ☐ Stool for O/S parasit (note
- ☐ Stool fo O/S paraiste requires fostd tiirad Inad coenite container)

ANTIBIOTIC PRRVENTION

- ☐ Ronngogdite codteet ☐ Hod (poofyletet comb's)
- Speciment ☐ Sxt ☐ Nair ☐ Skin

Mvcclocps

- ☐ Fungal ☐ Site: _____

HEPATITOS:

- **Acute viral hepatitis panel/marked serology**
  Hepatitis A (Igmb), IGM),
  Hepatitis C (Antibody) - (IgM)
  Hepatitis E (cutimes)
- **Chronic viral hepatitis (marked serology)**
  Hepatitis B (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs),
  Hepatitis C (antibody)
- Hepatitis A/B vcccination seroloy
  Hepatitis A (gG), Hepatitis B (IlssAb),
  Hepatitis B (HBcAo))

Hepatitis nnarkers:

- **Other hepatitis markers: please odrer specific testis) below**
- VCY RNA
- Hepatitis B DNA (Quantitative) - choose test to have thien done in odert to codrer ot monort tratment response 20 g, HEeGg, HRV DNA quantitative)

LIPIDS

- ☐ Lipid Panel (fasting; fast required for patient instructions)
- ☐ Lipid Profile (non-fasting)
- ☐ Lipid ssstereel y calubeterd (then HDL) (fasti, 1 hour post-fasting 6.7 am - 11 am)
- ☐ GGT - non-enolssterrel (fasting) (or 0.5) total fasting 1 hour 6 sm - onettonma:
- Immunoysteine
- ☐ Apolipoprotein (a) (Apoa), lipids

LFT

- ☐ LFT (SGOT/AST, G6P/TALT, ALP, GGT, Biliuubin, etc.)
- Liov stined (LFT)
- ☐ Hepatitis Panel (see Hepatitis section)

SPECIALIZED TESTS

- ☐ Glantin Setase Serology (ITG IgA, EMA IgA, Total IgA)
- ☐ Genetic Fettitis
- ☐ Genetir Markers - CEA, CA 125, PSA, AFP
- ☐ CA 155, CA 19-9, CA 72-4
- ☐ Other:

OHEER TESTS – *(Specify in detolls and copy a Timelleess)*

- ☐ ECG
- ☐ FOP (qae 50-74 asymptomate gGJ:Copy to Colon Screening Program
- ☐ FKt Kit: copy to Colon Screening Program

This requisition is for FIT only.

***For Lab Staff:* If unable to accession the requisition due to incomplete or inaccurate patient or provider information, please direct the patient to contact the Colon Screening Program for a new requisition 1-877-702-6566.**

Of folor rtam routine, specify, please order specific tests below ant porrdee Bagsions:

- ☐ Routine Thyroid,'SITK, Free T4, Free T3) if indicated
- ☐ Cotical Antibodies; Tho, Thyroglobin) thi indicateel
- ☐ Second the Screening Program (og. HTV, HBV, HCV if indicated

SPECIMEN:		TIME ORDERED	
DATE OF COLLECTION	TIME OF COLLECTION	COLLECTOR	TELEPHONE REQUISTION RECEIVED BY: (Employee/Back Name)

INSTUCTIONS TO PATIENTS: (See reverse)
(Other instructions)

This personal information collected on this form is collected under the authority of the Personal Information Protection Act. This personal information is used to provide medical services and is used on this forms, as well af for the purposes of collecting and using their personal information, including for use by the Ministry (unde by the Questiony of Health. Questions and concerns about the collection, of this information cantedmonte reosortion Oinetaace ce cengcrone traching their personide information anpthe Hebrtino oodtbeedfcchoolas anoedec.roonnpsoroneclfection, use and disclosure of this information can be directed to the Manager, Corporate Information Management at the Ministry of Btra Pess,Shn Prav/Covt, Victoria S6 CVBV 994,(250) 932-4000.

SAMPLE