BC CANCER COLON SCREENING
Provincial Health Services Authority

ਕੋਲਨ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਯਾਦ-ਦਿਹਾਨੀ

Notice Date

JANE SAMPLE
123 ANY STREET
CITY, PROVINCE, POSTAL CODE

ਪਿਆਰੇ Jane

ਸਾਡੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੋਲਨ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਕਰਵਾਉਣ ਦਾ ਸਮਾਂ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ। ਸਾਡੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਤੁਹਾਡੀ ਆਖਰੀ ਕੋਲਨ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ 24 ਸਤੰਬਰ 2023 ਨੂੰ ਹੋਈ ਸੀ।

BC Cancer Colon Screening Program ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਫੀਕਲ ਇਮਿਊਨੋਕੈਮੀਕਲ ਟੈਸਟ (FIT) ਦੁਆਰਾ ਆਪਣੀ ਕੋਲਨ ਸਿਹਤ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ। FIT ਇੱਕ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਟੈਸਟ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੀ ਪ੍ਰਾਈਵੇਸੀਵਿੱਚ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਚੁਣੋ:

ਵਿਕਲਪ 1	ਜੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਗੱਲ ਤੁਹਾਡੇ ਉੱਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਤੁਸੀਂ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ FIT ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ ਦਸ ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋ**ਲ**ਨੋਸਕੋਪੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਪਹਿਲੀ **ਨੇੜ੍ਹਤਾ** ਦਾ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ (ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ, ਭੈਣ-ਭਰਾ ਜਾਂ ਬੱਚਾ), **ਜਿਸਦੀ** 60 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੋਣ **ਵੇਲੇ** ਕੋਲਨ ਕੈਂਸਰ ਨਾਲ **ਰੋਗ-ਪਛਾਣ ਹੋਈ**ਸੀ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੋ ਜਾਂ ਵੱਧ ਪਹਿਲੀ **ਨੇੜ੍ਹਤਾ** ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਕੋਲਨ ਕੈਂਸਰ **ਦੀ ਰੋਗ-ਪਛਾਣ ਹੋਈ**ਸੀ। ਤੁਹਾਡਾ ਐਡੀਨੋਮਾ (ਅਰਥਾਤ ਕੈਂਸਰ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੇ ਪੌਲਿਪਸ) ਦਾ ਨਿੱਜੀ ਇਤਿਹਾਸ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਕਰੋ**ਹ**ਨ'ਜ਼ ਰੋਗ (**Crohn's disease)** ਜਾਂ ਅਲਸਰੇਟਿਵ ਕੋਲਾਇਟਿਸ (**ulcerative colitis)** ਦਾ ਨਿੱਜੀ ਇਤਿਹਾਸ ਹੈ। ਇਸ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮਲ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਆ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਪੇਟ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੈ, **ਮਲ-ਤਿਆਗ**ਦੀਆਂ ਆਦਤਾਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਹੈ ਜਾਂ ਬਿਨਾਂ ਕਾਰਨ ਵਜ਼ਨ ਘਟ ਰਿਹਾ ਹੈ। **ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ** FIT **ਪੂਰਾ ਨਾ ਕਰੋ। ਇਹ ਜਾਣਨ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਚਿਤ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।**
ਵਿਕਲਪ 2	ਜੇ ਉਪਰੋਕਤ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਗੱਲ ਤੁਹਾਡੇ ਉੱਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦਿੱਤਾ ਲੈਬ **ਰਿਕੁਈ** ਜ਼ੀਸ਼ਨ ਫਾਰਮ BC ਦੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਲੈਬ ਵਿੱਚ ਲੈ ਕੇ ਜਾ**ਉ** ਅਤੇ ਆਪਣਾ ਟੈਸਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ। ਲੈਬ ਸਥਾਨਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ www.screeningbc.ca/colon 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਟੈਸਟ ਕਿੱਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਲੈਬਾਂ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ **ਐਪੁਆਇੰਟਮੈਂਟ** (appointment) ਲੈਣੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਜੇ **ਰਿਕੁਈ** ਜ਼ੀਸ਼ਨ ਉੱਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਰੀਜ਼ **ਵਾਲੀ** ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਟੈਸਟ **ਆਰਡਰ ਕਰਨ** ਵਾਲੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ-**ਪ੍ਰਦਾਨਕਰਤਾ** ਦਾ ਨਾਮ ਅੱਪਡੇਟ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਲੈਬ ਤੋਂ FIT ਕਿੱਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕੋਗੇ। ਜੇ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗਲਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-702-6566 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਕੈਂਸਰ ਬਣਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪੌਲਿਪਸ (ਛੋਟੀਆਂ ਵਾਧੂ **ਗੰਢਾਂ**) ਨੂੰ ਲੱਭ ਕੇ ਕੋਲਨ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਲਨ ਕੈਂਸਰ ਇਸ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਲੱਭ ਲਿਆ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਬਚਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ 90 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਲਨ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ www.screeningbc.ca/colon 'ਤੇ ਜ**ਉ** । ਮੈਨੂੰ ਆਸ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅੱਜ **ਹੀ** ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਕਰਵਾ ਕੇ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਲਈ ਇੱਕ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਕਦਮ ਚੁੱਕੋਗੇ।

ਸੁਹਿਰਦਤਾ ਸਹਿਤ,

Dr. Jennifer Telford
Medical Director
BC Cancer Colon Screening

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/(ontentpmvomet/nvalifh/pccdotlonon profoocintiaid/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
- ☐ NhiR: (absolute or indexes)
- ☐ WBC differental (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 - gessotional (calculator: (50 g load, 1 hour post-fasting)
- ☐ GGT - sestatonial 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:
- ☐ Supvdcical 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... (RACTION) ☐ Aerobic ☐ Anaerobic ☐ Urine
☐ Uitroe ☐ Throat ☐ Respirary ☐ Othoe

GONJVALLY FRANSMITTED INFECTION (CTR TESTING

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

GONOREA A GC CULTURE

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

CDOOL CULTURS

- ☐ Dhratyn6 fpeodg 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

Mvcclosps

- ☐ 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 (IlisAb),
  Hepatitis B (HBcAo))

Hepatitis nnarkers:

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

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

- ☐ ECG
- ☐ FOP (qae 50-74 asymptomato 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.**

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)
- ☐ G6T - 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 sthed (LFT)
- ☐ Hepatitis Panel (see Hepatitis section)

SPECIALIZED TESTS

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

Of folor rtam routine, specify, please order specific tests below anl porrdee Bogsions:

- ☐ Routine Thyroid, SITR, 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 (urge by the Questiony of Health. Questions and concerns about the collection, of this information cantedrrante reosortion Oeretaoee ce cengcrone traching their personide information anpthe Hebrtino opedbeedfcchoolas anoedec.roonnpsoroneeclfection, 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.

HLTH 1801 2016/60/30

SAMPLE