BC CANCER COLON SCREENING
Provincial Health Services Authority

Recordatorio para el examen de detección de cáncer de colon

Notice Date:

JOHN SAMPLE
123 ANY STREET
CITY, PROVINCE, POSTAL CODE

Estimado John:

Nuestros registros indican que le corresponde realizarse un examen de detección de cáncer de colon. De acuerdo con nuestros registros, su último examen se realizó el 24 September 2023.

El Programa de Detección de Cáncer de Colon de BC Cancer recomienda que continúe protegiendo la salud de su colon mediante la prueba inmunoquímica fecal (FIT) en casa. La FIT es una prueba de detección segura e indolora que puede realizar en la privacidad de su hogar.

Por favor, elija una de las siguientes opciones según su situación de salud:

Opción 1	Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted: Se ha realizado una prueba FIT recientemente o se ha sometido a una colonoscopia en los últimos diez años.. Tiene un familiar de primer grado (padre/ madre, hermano/a o hijo/a) diagnosticado con cáncer de colon antes de los 60 años, o bien, dos o más familiares de primer grado diagnosticados con cáncer de colon a cualquier edad. Tiene antecedentes personales de adenomas (es decir, pólipos precancerosos). Tiene antecedentes personales de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. Actualmente presenta sangre en las heces, dolor abdominal, cambios en los hábitos intestinales o pérdida de peso inexplicable. **Por favor, no realice la prueba FIT. Hable con un proveedor de atención médica para determinar si esa prueba de detección es adecuada para usted.**
Opción 2	Si ninguna de las situaciones anteriores se aplica a usted, lleve el formulario de solicitud de laboratorio que se encuentra al reverso de esta carta a cualquier laboratorio de Columbia Británica (BC) para recoger su prueba. Puede encontrar una lista de laboratorios en www.screeningbc.ca/colon. Muchos laboratorios requieren concertar una cita para recoger el kit de la prueba. No podrá recoger el kit FIT en el laboratorio si la información del paciente o el nombre del proveedor que solicita la prueba están desactualizados en el formulario. Si hay algún dato incorrecto llame al 1-877-702-6566.

Las pruebas de detección pueden prevenir el cáncer de colon al detectar pólipos (pequeños crecimientos) antes de que se conviertan en cáncer. Si este se detecta en su etapa inicial, la probabilidad de supervivencia es superior al 90 por ciento.

Si tiene alguna pregunta sobre el examen de detección de cáncer de colon, visite www.screeningbc.ca/colon. Espero que dé un paso positivo para su salud realizándose el examen hoy mismo.

Atentamente,

Dr. Jennifer Telford
Medical Director
BC Caner 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 provincal guidelines and protocols:www.gov.bc.ca/gov/(onterfpmroomet/hvalith/pccdotlonon profcoclntiotd/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 differential (specify if differential only)
  - Cmrphresatiovs 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 - (assotional (calculator: (50 g load, 1 hour post-fasting)
- ☐ GGT - sestational diabetes (other than 50 g load fasting 1 hour 6.7 am - 1 1.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) as dll STIF)*

ROUTINE CULTURE

☐ Anaerobic: ☐ Both ☐ Urine ☐ Specify: _____

☐ Throat ☐ Sputum ☐ Blood ☐ Other:

☐ Supretical 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 SCREEN (Pregnancy only)

☐ Throat ☐ Vaginla/recta swab ☐ Pericanl/rectal

C... (BACTTion) ☐ Aerobic ☐ Anaerobic ☐ Urine
☐ Uitroe ☐ Throat ☐ Respiray ☐ Othoe

GONIVALLY PRANSMITTED INFECTION (OTI TESTING

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

GONOREA A GC CULTURE

☐ Scrooat ☐ Sogvale ☐ Urine ☐ Rectum ☐ Other: _____

COOOL OTLTURS

☐ Dhratyrô fgoods stoch) ☐ Yes ☐ ...
☐ C. difficnlic ☐ OAP ☐ Cultuve ☐ Stool for O/S parasit (note
☐ Soool fo O/S paraiste requires fostd tirad Inad coenite container)

ANTIBIOTIC PRRVENTION

☐ Ronngogdtic coditeot ☐ Hod (poofyletet comb's)
Speciment ☐ Sxt ☐ Nair ☐ Skin

Mvcoloqs
☐ Fungal ☐ Site: _____

HEPATITOS:

Acute viral hepatitis panel/marked serology
Hepatitis A (Igmb), IgM),
Hepatitis C (Antibody)... (IgM)
Hepatitis E (Eutimes)

Chronic viral hepatitis (marked serology)
Hepatitis B (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs),
Hepatitis C (antibody)

Hepatitis A/B vccciination seroloy
Hepatitis A (gG), Hepatitis B (IlissAb),
Hepatitis B (HBcAo))

Hepatitis nnarkers:

Other hepatitis markers: please odrer specific test(s) below
VCY RNA
Hepatitis B DNA (Quantitative) - choose test to have thien done in odert to codrer ot monort trainent response to g, HBeGg, HBV DNA quantitative)

OHEER TESTS – *(Specify in detalls 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 calabeterd (nen HDL) (fasti, 1 hour post-fasting 6.7 am - 11 am)
- ☐ GGT - non-enolssterrel (fasting) (or 0.5) total fasting 1 hour 6 sm - onottomma:
- ☐ Immunoysteine
- ☐ Apolipoprotein (a) (Apoa), lipids

LFT

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

SPECIALIZED TESTS

- ☐ Glantiin Setase Serology (TTG IgA, EMA IgA, Tolal IgA)
- ☐ Genetic Festitis
- ☐ Genetir Markers - CEA, CA 125, PSA, AFP
- ☐ CA 155, CA 19-9, CA T2-4
- ☐ Other:

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

- ☐ Routine Thyroid, SITR, Free T4, Free T3) if indicated
- ☐ Cofical Antibodies; Tho, Thyroglobin) thi indicateel
- ☐ Second the Screening Program (og. HTY, HBV, HCV if indicated

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

INSTTUCTIONS 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 (urroa by the Questiony of Health. Questions and concerns about the collection, of this information cantedvrante reosortom Omtaoee ce cengcrone traching their personide information anptehe Hebrtino oodbeedficchooias 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.

SAMPLE