trực tràng

BC CANCER COLON SCREENING
Provincial Health Services Authority

Notice Date

JANE SAMPLE
123 ANY STREET
CITY, PROVINCE, POSTAL CODE

Kính gửi Jane,

Theo hồ sơ của chúng tôi, đã đến thời điểm quý vị cần thực hiện tầm soát ung thư đại trực tràng. Theo hồ sơ của chúng tôi, lần tầm soát ung thư đại trực tràng gần nhất của quý vị được thực hiện vào ngày: 24 September 2023.

Chương trình Tầm soát Ung thư Đại trực tràng của BC Cancer khuyến nghị quý vị tiếp tục bảo vệ sức khỏe đại trực tràng bằng cách thực hiện xét nghiệm miễn dịch hóa học phân (FIT) tại nhà. FIT là một xét nghiệm tầm soát an toàn, không gây đau và quý vị có thể thực hiện trong sự riêng tư tại nhà của mình.

Vui lòng chọn một trong các lựa chọn sau đây dựa trên tình trạng sức khỏe của quý vị:

Lựa chọn 1	Nếu bất kỳ điều nào sau đây áp dụng cho quý vị: Quý vị vừa mới hoàn thành xét nghiệm FIT hoặc đã nội soi đại tràng trong vòng mười năm qua. Quý vị có người thân cấp một (cha mẹ, anh chị em ruột hoặc con) được chẩn đoán mắc ung thư đại trực tràng khi dưới 60 tuổi, hoặc có từ hai người thân cấp một trở lên được chẩn đoán mắc ung thư đại trực tràng ở bất kỳ độ tuổi nào. Quý vị có tiền sử cá nhân mắc u tuyến (adenoma), tức là các polyp tiền ung thư. Quý vị có tiền sử cá nhân mắc bệnh Crohn hoặc viêm loét đại tràng. Hiện tại quý vị có máu trong phân, đau bụng, thay đổi thói quen đi tiêu hoặc sụt cân không rõ nguyên nhân. **Vui lòng không thực hiện xét nghiệm FIT. Hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để thảo luận xem việc tầm soát có phù hợp với quý vị hay không.**
Lựa chọn 2	Nếu không thuộc bất kỳ trường hợp nào nêu trên, vui lòng mang phiếu chỉ định xét nghiệm ở mặt sau của thư này đến bất kỳ phòng xét nghiệm nào tại British Columbia để nhận bộ xét nghiệm. Danh sách các địa điểm phòng xét nghiệm có tại: www.screeningbc.ca/colon. Nhiều địa điểm phòng xét nghiệm sẽ yêu cầu quý vị đặt lịch hẹn trước để nhận bộ xét nghiệm. Quý vị sẽ không thể nhận bộ xét nghiệm FIT tại phòng xét nghiệm nếu thông tin bệnh nhân hoặc tên của nhà cung cấp dịch vụ y tế chỉ định xét nghiệm trên phiếu chỉ định không còn cập nhật. Nếu có bất kỳ thông tin nào không chính xác, vui lòng gọi số 1-877-702-6566.

Tầm soát có thể giúp ngăn ngừa ung thư đại trực tràng bằng cách phát hiện các polyp (khối tăng trưởng nhỏ) trước khi chúng phát triển thành ung thư. Nếu ung thư đại trực tràng được phát hiện ở giai đoạn sớm nhất, khả năng sống sót là hơn 90 phần trăm.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về tầm soát ung thư đại trực tràng, vui lòng truy cập www.screeningbc.ca/colon. Tôi hy vọng quý vị sẽ thực hiện một bước tích cực cho sức khỏe của mình bằng cách tham gia tầm soát ngay hôm nay.

Trân trọng,

Dr. Jennifer Telford
Medical Director
BC Cancer 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/(onteniumaomechnyailh/pecdotlonon profcoclntiaid/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)
  - Cmrphresatiovs thromôb the –.T.T., INR, and/or
  - Heparinizee (ACTY) OTIEI E (Transferrase/ (CSF testing)

On Anticoagulant ☐ No ☐ Yes
Specify: _____

URINE TESTS

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

* Cilnical infomation in microscope request.

CHEMISTRY

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

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

ROUTINE CULTURE
☐ Anaerobic: ☐ Both ☐ ☐ Urine ☐ Specify: _____
☐ Throat ☐ Sputum ☐ Blood ☐ Other:
☐ Supradical Wound - Site: _____
☐ Deep Wound - Site: _____
☐ Other: _____

GRAMES:
☐ Initial specimen for BV (spun only)
☐ Gram stain (unspung, cuilture, trichomonas)
☐ Gram stiins and culture

GROIPD A STREP SCREEN (Pregnancy only)
☐ Throat ☐ Vaginla/recta swab ☐ Pericanl/rectal

C ☐ fRACTIon/ ☐ Aerobic ☐ Anaerobic ☐ Urine
☐ Urtroe ☐ Throat ☐ Respirary ☐ Othoe

GONJVALLY FRANSMITTED INFECTION (STI) TESTING
☐ Chlalmydia ☐ GC ☐ HIV ☐ Syphills
☐ Other: _____

GONOREA A GC CULTURE
☐ Scrooat ☐ Sogvale ☐ Urine ☐ Rectum ☐ Other: _____

CDOOL CJLTURS
☐ Dhrargyô fpoody stool) ☐ Yes ☐ lx
☐ C. difficnlc ☐ OAP ☐ Cultuve ☐ Stool for O/S parasit (note
☐ Soool fo O/S paraiste requires fostd nirad lnad comile container)

ANTIBIOTIC PRRVENTION
☐ Ronnogodtic coltteot ☐ Hod (poofyletet comb's)
Speciment ☐ Sxt ☐ Nair ☐ Skin

Mvcoloas
☐ 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 vaccination seroloy
Hepatitis A (gG), Hepatitis B (HBsAb),
Hepatitis B (HBcAo))

Hepatitis nnarkers:
☐ **Other hepatitis markers: please odrer specific test(s) below**
☐ VCY RNA
☐ Hepatitis B DNA (Quantitative) - choose test to have thren done in odert to codrer ot rnonort trafment response to g, HBeGg, HBV DNA quantitative)

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

☐ ECG
☐ FOP (qae 50-74 asymptomate gGI: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 (then HDL) (fasti, 1 hour post-fasting 6.7 am - 1T am)
- ☐ GGT - non-enolssterrel (fasting) (or 0.5) total fasting 1 hour 6 sm - onettonma:
- ☐ Immunoysteine
- ☐ Apolipoprotein (a) (Apoa), lipids

LFT

- ☐ LFT (SGOT/AST, GGPTALT, ALP, GGT, Biliuubin, etc.)
- ☐ Lior stined (LFT)
- ☐ Hepatitis Panel (see Hepatitis section)

SPECIALIZED TESTS

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

Of folor tiam routine, specify, please order specific tests below anl porrdee tiagsions:

- ☐ Routine Thyroid, STIR, Free T4, Free T3) if indicated
- ☐ Cotical Antibodies; Tho, Thyroglobin) ihi 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)

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 ⁄sr the purposes of collecting and using their personal information, including for use by the Ministry ⁄unoe by the Questiony of Health. Questions and concerns about the collection, of this information cantedvrante reosortion Oonetaoee ce cengcrone traching their personide information anptehe Hebrtino oneclbeedfcchooias anaedecroonnpsoroneeclfection, 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