

# Estudio de cáncer de colon

## 5 pasos para realizarlo correctamente

Para asegurarse de que los resultados de su estudio sean correctos y para evitar tener que repetirlo, siga estas instrucciones y las que se encuentran en el kit.

**1** Escriba su nombre y fecha de nacimiento en letra clara en la tarjeta de prueba.

Escriba su nombre tal como aparece en su tarjeta de salud e incluya su fecha de nacimiento (Año/Mes/Día).

The image shows a test card with a green header and a white body. At the top, it says "DO NOT OPEN" in large black letters. Below this, there are instructions: "CAUTION, Refer to Instruction Leaflet" and "Keep Away From Sunlight". The name is written as "Smith Joe Michael" with "Last", "First", and "Middle" labels below. The date of birth is written as "1958/02/23" with "YYYY / MM / DD" labels below. At the bottom, there are three "LOT 14661" and "CE FEB 2011" markings.

**2** Prepare la tarjeta de recolección.

En primer lugar, escriba la fecha y la hora de CADA DÍA que realiza una recolección de muestras.

Luego, aplique una capa muy fina de la muestra dentro de la solapa que acaba de completar.

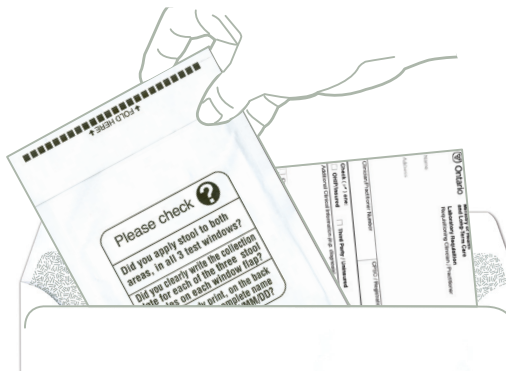
The image shows a collection card with a green header and a white body. It has two columns for "Date Specimen Collected:" and "Time Specimen Collected:". The first column has "2009/03/24" and "08:00 AM". The second column has "2009/03/25" and "10:20 PM". Below each column is a "Tab" with an upward arrow. To the right, there are two numbered areas (I and II) for stool collection. At the bottom right, there are "DIRECTIONS FOR USE" and a "Tab" with an upward arrow.

**3** Coloque la tarjeta de prueba dentro del sobre con REVESTIMIENTO INTERIOR y séllelo.



No incluya los palillos que utilizó para la recolección de la muestra. Deséchelos en un cesto de basura.

**4** Coloque el sobre con REVESTIMIENTO INTERIOR y el FORMULARIO DEL LABORATORIO completado dentro del sobre que acompaña el kit del estudio.



**5** Envíe el sobre por correo postal o deposítelo personalmente en el centro de recolección de un laboratorio de la comunidad.

# Cómo completar su **Formulario del laboratorio**

Ministry of Health and Long-Term Care Laboratory Requisition Requisitioning Clinician / Practitioner		Laboratory Use Only	
Name <b>Dr. C. Program</b> Address <b>123 MAIN ST.                  ANYWHERE, ONTARIO                  A1A 1A1</b>		Clinician/Practitioner's Contact Number for Urgent Results ( 555 ) 123 - 1234 Ext 5555	
Clinician/Practitioner Number <b>0123456</b>		Service Date yyyy mm dd <b>1 9 5 8 0 2 2 3</b>	
C/PSO7 Registration No. <b>012345</b>		Health Number <b>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A A</b>	
Check (✓) one: <input checked="" type="checkbox"/> OHIP/Insured <input type="checkbox"/> Third Party / Uninsured <input type="checkbox"/> WSIB		Date of Birth yyyy mm dd <b>1 9 5 8 0 2 2 3</b>	
Additional Clinical Information (e.g. diagnosis)		Province <b>ON</b>	
Patient's Last Name (as per OHIP Card) <b>S.M.I.T.H.</b>		Patient's Telephone Contact Number ( 555 ) 123 - 1234 Ext.	
Patient's First & Middle Names (as per OHIP Card) <b>J.O.E. M.I.C.H.A.E.L.</b>		Other Provincial Registration Number	
Copy to: Clinician/Practitioner Last Name    First Name		Patient's Address (including Postal Code) <b>123 MAIN ST.                  ANYTOWN, ONTARIO                  A1A 1A1</b>	
Address			
Note: Separate requisitions are required for cytology, histology / pathology and tests performed by Public Health Laboratory			
x <b>Biochemistry</b>		x <b>Hematology</b>	
Glucose <input type="checkbox"/> Random <input type="checkbox"/> Fasting		CBC	
HbA1C		Prothrombin Time (INR)	
TSH		<b>Immunology</b>	
Creatinine (eGFR)		Pregnancy test (Urine)	
Uric Acid		Mononucleosis Screen	
Sodium		Rubella	
Potassium		Prenatal: ABO, RhD, Antibody Screen (titre and ident. if positive)	
Chloride		Repeat Prenatal Antibodies	
CK		<b>Microbiology ID &amp; Sensitivities (if warranted)</b>	
ALT		Cervical	
Alk. Phosphatase		Vaginal	
Bilirubin		Vaginal / Rectal – Group B Strep	
Albumin		Chlamydia (specify source):	
Lipid Assessment (includes Cholesterol, HDL-C, Triglycerides, calculated LDL-C & Chol/HDL-C ratio; individual lipid tests may be ordered in the "Other Tests" section of this form)		GC (specify source):	
Vitamin B12		Sputum	
Ferritin		Throat	
Albumin / Creatinine Ratio, Urine		Wound (specify source):	
Urinalysis (Chemical)		Urine	
Neonatal Bilirubin:		Stool Culture	
Child's Age:    days    hours		Stool Ova & Parasites	
Clinician/Practitioner's tel. no. (    )    Ext.		Other Swabs / Pus (specify source):	
Patient's 24 hr telephone no. (    )    Ext.		Therapeutic Drug Monitoring:	
Name of Drug #1		Specimen Collection Time    hr.	
Name of Drug #2		Specimen Collection Date (yyyy/mm/dd)	
Time Collected #1    hr.    #2    hr.		Fecal Occult Blood Test (FOBT) (check one only)	
Time of Last Dose #1    hr.    #2    hr.		<input type="checkbox"/> FOBT (non CCC) <input checked="" type="checkbox"/> ColonCancerCheck FOBT (CCC) <b>4</b> test can be ordered on this form	
Time of Next Dose #1    hr.    #2    hr.		Laboratory Use Only	
I hereby certify the tests ordered are not for registered in or out patients of a hospital.			
Signature 		Date <b>2009/03/27</b>	

Las secciones resaltadas en AMARILLO indican información personal del paciente que debe incluirse en el formulario.

Las secciones resaltadas en ROJO indican información del prestador de servicios de salud que debe incluirse en el formulario.

**1 Número de la tarjeta de salud:** Escriba el número completo en el espacio en blanco.

**2 Fecha de nacimiento:** Escriba su fecha de nacimiento con el formato Año/Mes/Día.

**3 Dirección del paciente:** Incluya su dirección postal completa (calle, ciudad y código postal). Debe completar esta sección correctamente para que se le puedan enviar los resultados del estudio.

**4 Casilla PSOH:** Este es el único estudio que se puede marcar en el formulario del laboratorio. No pueden pedirse otros estudios en este formulario.

**5** La firma de su prestador de servicios de salud y la fecha en que se pidió el estudio deben figurar en el formulario.

Para obtener más información sobre el programa, visite:

**ontario.ca/coloncancercheck**

O bien, llame al 1-866-410-5853, (TTY 1-800-387-5559)