

<p>PEI Colorectal Cancer Screening Program</p> <p>152 St. Peters Road PO Box 2000 Charlottetown, PE Canada C1A 7N8</p> <p>Info Line: 1-888-561-2233 Fax: 902-370-5870</p>	<p style="text-align: center;">Personal Information</p> <p>Name: _____ (EXACTLY AS SHOWN ON YOUR HEALTH CARD)</p> <p>Health Number: _____</p> <p>Date of Birth: _____ F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p> <p>Mailing Address: _____ _____</p> <p>Telephone/E-mail: _____</p>
--	--

I do not have a family doctor

Ordering Physician: CCSP

Copied to: (Family Doctor) _____

Please submit 2 samples together with this form

LABELING:

Make sure you label this request form and the 2 specimen containers with the following information: *patient name (exactly as shown on health card), health number and date of collection.*

DIETARY RESTRICTIONS:

There are no diet or medication restrictions for this test.

SAMPLE COLLECTION:

Instructions with pictures are provided in the specimen bag.

Read instructions completely before collecting your stool sample.

Risks or cautions: You will have to repeat the FIT if your (stool) sample:

- Is not correctly and completely labelled
- Is frozen
- Is not returned to the lab within 2 days after collection or within 7 days for a refrigerated stool sample
- Container is overfilled, leaking or stool is on outside of container
- Do not return an empty FIT kit to the lab.

Please write dates and times of each sample:

Stool sample #1 Day 1

Date: _____

Time: _____

Stool sample #2 Day 2

Date: _____

Time: _____

Place the specimen containers in the plastic bag provided and put this form in the side pocket of the bag.

FIT Kit Drop off locations:

- a) Bring to your local hospital lab;
- b) Check with your local doctor's office about transporting specimens to lab; or
- c) Call 1-888-561-2233.

How did you hear about the program? (Please Circle)

Letter Doctor/Nurse Family/Friend TV/Radio Newspapers Internet other: _____

Personal health information on this form is collected for the purposes of the provision of health care. Your information will be collected, used and disclosed only as permitted by the Health Information Act, RSPEI 1988, c H-1.41, and other applicable legislation. For more information on privacy and your personal health information, visit www.healthpei.ca/yourprivacy or contact 1-888-561-2233.

This form will expire two years after the date of collection.

Programme de dépistage du cancer

152, chemin St. Peters
C.P. 2000
Charlottetown (Î.-P.-É.)
Canada C1A 7N8

Ligne d'information : 1-888-561-2233

Télécopieur : 902-370-5870

Renseignements personnels

Nom : _____
(EXACTEMENT COMME IL APPARAÎT SUR VOTRE CARTE-SANTÉ)

Numéro de la carte santé : _____

Date de naissance : _____ F H

Adresse postale : _____

Téléphone/Courriel : _____

Je n'ai pas de médecin de famille

Médecin requérant : PDCC

Copie conforme : (médecin de famille) _____

Veillez soumettre deux échantillons avec le présent formulaire.**ÉTIQUETAGE :**

Veillez vous assurer d'étiqueter le présent formulaire ainsi que les deux contenants à échantillon avec les renseignements suivants : nom du patient (exactement comme il apparaît sur votre carte-santé), numéro de la carte-santé et date du prélèvement.

RESTRICTION ALIMENTAIRE :

Il n'y a aucune restrictions alimentaires pour ce test.

PRÉLÈVEMENT :

Il y a des instructions avec photos dans le sac à échantillon.

Lisez les instructions au complet avant de procéder au prélèvement.

Attention : Il vous faudra refaire le TIF si votre échantillon (selles) :

- n'est pas étiqueté correctement et au complet;
- est congelé;
- n'est pas retourné au laboratoire dans les deux (2) jours suivant le prélèvement ou dans les sept (7) jours s'il s'agit d'un échantillon réfrigéré;
- si le contenant est trop plein, coule ou s'il y a des selles à l'extérieur du contenant.
- Ne retournez pas une trousse FIT vide au laboratoire.

**Écrivez la date et l'heure de
chaque échantillon**

Échantillon de selles – Jour 1

Date : _____

Heure : _____

Échantillon de selles – Jour 2

Date : _____

Heure : _____

Placez les contenants à échantillon dans le sac en plastique fourni, puis placez ce formulaire dans la poche latérale du sac.

Sites de drop off pour une trousse FIT :

- apportez au laboratoire de votre hôpital local;
- vérifier avec le bureau de votre médecin local sur le transport des échantillons au laboratoire; ou
- composez le 1-888-561-2233.

Comment avez-vous entendu parler du programme? (Veillez encercler une réponse)

lettre **médecin/infirmière** **famille/ami** **télé/radio** **journaux** **Internet** **autre :** _____

Les renseignements personnels sur la santé recueillis dans le présent formulaire serviront à la prestation de soins de santé. Vos renseignements seront recueillis, utilisés et communiqués dans les limites permises par la Health Information Act (loi sur les renseignements sur la santé), R.S.P.E.I. 1988, ch. H-1.41. Pour plus de renseignements sur la confidentialité et les renseignements personnels sur la santé, consultez le site www.healthpei.ca/yourprivacy ou composez le 888-561-2233.

Ce formulaire expirera deux ans après la date du prélèvement.