

ColonCancerCheck

When colorectal cancer is detected early, it can be cured. This program is for people aged 50 and older and who are not experiencing any symptoms. This test checks for trace amounts of blood in your stool. A positive FOBT result does not necessarily mean you have cancer.

Laboratory Use Only

Requisition Form for a Participant Receiving Fecal Occult Blood Test (FOBT) Kit from a Pharmacy *under the Ontario Colorectal Cancer Screening Program (CCSP)*

Participant Instructions:

- ◆ Please review your eligibility with your pharmacist.
- ◆ Mail the completed FOBT kit along with this form to the laboratory in the supplied prepaid self-addressed envelope.
- ◆ ColonCancerCheck, the colorectal cancer screening program, will contact you with your test results. If your FOBT is positive, the program will contact you to refer you to a family physician for follow-up. The privacy notice accompanying the FOBT Kit provides more information about how the program protects your privacy.

For more information about privacy and the program go to ColonCancerCheck.ca or call 1 866 410-5853.

PRINT LEGIBLY.

Participant Eligibility	Participant Information			
<p>A valid Health Number is required to process this test.</p>	Health Number	Version	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth yyyy mm dd
<p>1. Are you under 50 years of age? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p><i>Those under 50 should be referred to the ColonCancerCheck website for more information.</i></p>	Participant's Last Name (as per OHIP Card)			
	Participant's First & Middle Names (as per OHIP Card)		Middle Name	
<p>2. Do you have a Family Physician or Primary Care Provider? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p><i>Those with a family physician should obtain an FOBT kit from their doctor to facilitate follow-up.</i></p>	Participant's Address			
	Street No.		Street Name	
	City	Postal Code	Telephone Number ()	
<p>3. Do you have a parent, sibling or child with a history of colorectal cancer? . . . <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p><i>Those with a family member(s) diagnosed with colorectal cancer may require other screening methods. Refer to the ColonCancerCheck Program.</i></p>	Pharmacy Information			Pharmacy ID
	Affix pharmacy label here			ON
<p>4. Have you had a colonoscopy in the last 10 years? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p><i>Those who previously had a colonoscopy should be referred to the ColonCancerCheck program on when to retest. Other screening tools (colonoscopy) may be more appropriate.</i></p>	<p><i>This is to confirm that I have reviewed this form with the participant to substantiate eligibility and to ensure that the information has been fully completed.</i></p>			
<p>5. Have you completed a FOBT kit within the last two years? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p><i>If yes, please note evidence supports the use of FOBT as a screening test, every two years, for those aged 50 and older.</i></p>	Pharmacist Signature		Date	
	X			



Lorsqu'un cancer colorectal est diagnostiqué à un stade précoce, les chances de guérison sont bonnes. ContrôleCancerColorectal s'adresse aux personnes âgées de 50 ans et plus qui ne présentent aucun symptôme. Le TRSOS permet de détecter des quantités négligeables de sang dans les selles, et un résultat positif ne signifie pas nécessairement la présence d'un cancer.

À l'usage exclusif du laboratoire

Formulaire de demande du participant ou de la participante recevant une trousse de test de recherche de sang occulte dans les selles (TRSOS) d'une pharmacie dans le cadre du Programme de dépistage du cancer colorectal de l'Ontario

Directives au participant ou à la participante

- ◆ Veuillez vérifier votre admissibilité avec votre pharmacien ou pharmacienne.
- ◆ Après avoir suivi la procédure d'utilisation de la trousse de TRSOS, veuillez la faire parvenir par la poste au laboratoire avec le présent formulaire dans l'enveloppe adressée et affranchie qui est fournie.
- ◆ Un représentant de ContrôleCancerColorectal, le Programme de dépistage du cancer colorectal, communiquera avec vous pour vous donner le résultat du test. Si le résultat est positif, un représentant vous dirigera vers un médecin de famille pour un suivi. L'avis de confidentialité qui accompagne la trousse donne des détails sur la façon dont le programme protège la vie privée.

Pour en savoir plus long sur la protection de la vie privée et sur le programme, consultez le site ColonCancerCheck.ca ou téléphonez au 1 866 410-5853.

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT.

Admissibilité	Renseignements sur le participant ou la participante																																														
<p>Un numéro de carte Santé valide est exigé pour l'analyse.</p> <p>1. Avez-vous moins de 50 ans? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><i>Les personnes de moins de 50 ans doivent consulter le site de ContrôleCancerColorectal pour avoir plus de détails.</i></p> <p>2. Avez-vous un médecin de famille ou un autre fournisseur de soins primaires? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><i>Les personnes qui ont déjà un médecin de famille doivent se procurer la trousse auprès de lui ou elle pour faciliter le suivi.</i></p> <p>3. Avez-vous un parent, un frère ou une sœur ou un enfant qui a eu le cancer colorectal? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><i>Les personnes qui ont un membre de leur famille qui a déjà eu le cancer colorectal peuvent avoir besoin d'une autre méthode de dépistage. Vérifiez auprès de ContrôleCancerColorectal.</i></p> <p>4. Avez-vous eu une coloscopie au cours des dix dernières années? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><i>Les personnes qui ont déjà eu une coloscopie doivent vérifier auprès de ContrôleCancerColorectal quand elles devraient subir un nouveau test. Une autre méthode de dépistage (comme une coloscopie) pourrait être plus appropriée.</i></p> <p>5. Avez-vous passé un TRSOS dans les deux dernières années? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><i>Dans l'affirmative, nous vous signalons que, d'après les preuves scientifiques, on recommande comme méthode de dépistage aux personnes de 50 ans et plus un TRSOS tous les deux ans.</i></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Numéro de carte Santé</td> <td style="width: 5%;">Version</td> <td style="width: 10%;">Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td style="width: 60%;">Date de naissance aaaa mm jj</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Nom de Famille (<i>nom figurant sur la carte Santé</i>)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Prénoms (<i>prénoms figurant sur la carte Santé</i>)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Prénom</td> <td colspan="2">Deuxième prénom</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adresse Numéro de voirie Rue</td> <td colspan="2">Code postal</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ville</td> <td colspan="2">Numéro de téléphone ()</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #cccccc;">Renseignements sur la pharmacie</td> <td style="background-color: #cccccc;">Code d'identification</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 20px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>Coller l'étiquette de la pharmacie ici</p> </div> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>ON</p> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p><i>Je confirme que j'ai examiné le formulaire avec le participant ou la participante pour évaluer son admissibilité et pour vérifier si le formulaire était bien rempli.</i></p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Signature du pharmacien ou de la pharmacienne</td> <td colspan="2">Date</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">X</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			Numéro de carte Santé	Version	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance aaaa mm jj	Nom de Famille (<i>nom figurant sur la carte Santé</i>)				Prénoms (<i>prénoms figurant sur la carte Santé</i>)				Prénom		Deuxième prénom		Adresse Numéro de voirie Rue		Code postal		Ville		Numéro de téléphone ()		Renseignements sur la pharmacie			Code d'identification	<div style="border: 1px dashed black; padding: 20px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>Coller l'étiquette de la pharmacie ici</p> </div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>ON</p> </div>	<p><i>Je confirme que j'ai examiné le formulaire avec le participant ou la participante pour évaluer son admissibilité et pour vérifier si le formulaire était bien rempli.</i></p>				Signature du pharmacien ou de la pharmacienne		Date		X			
Numéro de carte Santé	Version	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance aaaa mm jj																																												
Nom de Famille (<i>nom figurant sur la carte Santé</i>)																																															
Prénoms (<i>prénoms figurant sur la carte Santé</i>)																																															
Prénom		Deuxième prénom																																													
Adresse Numéro de voirie Rue		Code postal																																													
Ville		Numéro de téléphone ()																																													
Renseignements sur la pharmacie			Code d'identification																																												
<div style="border: 1px dashed black; padding: 20px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>Coller l'étiquette de la pharmacie ici</p> </div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>ON</p> </div>																																												
<p><i>Je confirme que j'ai examiné le formulaire avec le participant ou la participante pour évaluer son admissibilité et pour vérifier si le formulaire était bien rempli.</i></p>																																															
Signature du pharmacien ou de la pharmacienne		Date																																													
X																																															