

Demander une trousse d'autotest de dépistage du cancer du col de l'utérus

Instructions étape par étape

Aussi disponible dans d'autres langues.

Trouvez le code de commande de votre trousse

1. Le code de commande de votre trousse se trouve dans la lettre de dépistage du cancer du col de l'utérus de BC Cancer (voir ci-dessous).

Get your Free Cervix Self-Screening Kit		
To book online: Scan this QR code or visit: screeningbc.ca/request-kit	Your kit order code: ABC-01234567-DEF	To book by phone: Please call: 1-877-702-6566 Monday to Friday: 8:00 am – 5:30 pm Saturday: 8:30 am – 4:30 pm

Entrez le code de commande de votre trousse

2. Entrez votre code sur le site Web comme indiqué.

Request a Cervix Self-Screening Kit

To get started, please enter the Kit Order Code provided in your letter from BC Cancer Screening.

Kit Order Code

XXX-XXXXXXXX-XXX

[I do not have a Kit Order Code](#)

[Get step-by-step instructions](#) (translations available)

I'm not a robot



Start Kit Request

3. Après avoir entré votre code, cochez la case « Je ne suis pas un robot » et suivez les instructions pour vous authentifier.
4. Cliquez sur le bouton violet « Commencer la demande de trousse » pour passer à la page suivante.

Confirmez votre admissibilité

- Sélectionnez au moins une option qui s'applique à vous, puis cliquez sur « Soumettre ».

Confirm Your Cervix Screening Eligibility

Eligibility Address Provider Review Finish

Select all that apply to you and press Submit:

Note: We will not keep a record of your selection unless you indicate you would like us to update your information.

- I have had my cervix removed (e.g. total hysterectomy)
- I have had cervix screening (Pap test or self-screening) in the last 3 months
- I am currently experiencing symptoms, pregnant or using a pessary
- I have had cervical cancer
- None of the above

Submit

If you don't live in BC you won't receive a cervix self-screening kit.

Sélectionnez les options qui s'appliquent à vous.

- Si vous avez sélectionné l'option « Aucune des options ci-dessus », vous passerez à la page suivante. Sinon, on vous informera de l'état de votre test de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Confirmez les renseignements sur la commande de votre trousse

- Entrez ou passez en revue vos renseignements personnels, y compris vos nom, adresse de livraison, numéro de téléphone et adresse courriel, puis cliquez sur le bouton « Continuer ».

Confirm Your Kit Order Information

Eligibility Address Provider Review Finish

We use this information to mail you your self-screening kit, communicate with you if a kit cannot be sent and/or follow-up with you about screening.

Name
Name on your Driver's License or BC ID used to find your health record.

Legal Last Name
TESTPAT-LN-CERVIXPORTAL

Legal First Name
TESTFN-PROMOTIONS

If your name is incorrect, please contact the [Ministry of Health](#) to update your name with them.

Preferred First Name (optional)
Name you would like us to use when we contact you, including phone and mail

Entrez tous vos renseignements ou vérifiez qu'ils sont exacts.



Delivery Address

Mailing Address Line 1*

Mailing Address Line 2 (optional)

City*

Province
BC

Postal Code*

The address above will be used to mail you a screening kit. If you made changes, please contact the [Ministry of Health](#) to check they have your correct mailing address to receive your results there.



Phone

You must provide at least one phone number

Home Phone

Mobile Phone

If you made changes, please contact the [Ministry of Health](#) to update your information. Changing your phone number above will not update it with the Ministry of Health.

Email

Update your email address

Email*

Re-enter Email*



Cliquez sur « Continuer » après avoir entré ou vérifié tous vos renseignements.

Fournissez les renseignements sur votre fournisseur de soins primaires

8. Ensuite, nous vous demanderons si vous avez actuellement un fournisseur de soins primaires. *Un fournisseur de soins primaires n'est pas tenu de demander une trousse.*



[Start your Kit Request](#) | [FAQ](#) | [Contact Us](#)

Provide Your Primary Care Provider Information



Eligibility



Address



Provider



Review



Finish

Do you currently have a primary care provider (e.g. family doctor, nurse practitioner, midwife, clinic) in BC to receive your results?

Yes

No

You do not need a primary care provider to participate. If you need follow-up after screening you will be linked to a clinic in your community.

9. Si vous répondez « Non », vous passerez à la page suivante.

10. Si vous répondez « Oui », une nouvelle section s'affichera pour vous demander les renseignements sur votre fournisseur.

Provide Your Primary Care Provider Information

Eligibility — Address — Provider — Review — Finish

Do you currently have a primary care provider (e.g. family doctor, nurse practitioner, midwife, clinic) in BC to receive your results?

Yes No

You do not need a primary care provider to participate. If you need follow-up after screening you will be linked to a clinic in your community.

Search for your Primary Care Provider

Fill out one or more field(s)

Last Name
e.g. Smith

First Name
e.g. Jane

Clinic Address or Clinic Name
e.g. 123 Street or First Medical Clinic

City/Town
e.g. Vancouver

Phone Number
(XXX) XXX-XXXX

Entrez ce que vous savez sur votre fournisseur.

11. Entrez ce que vous pouvez et cliquez sur « Rechercher ». *Vous n'avez pas besoin de remplir tous les champs en cas de doute sur certains détails.*
12. Vous verrez ensuite une liste des fournisseurs de soins primaires qui correspondent aux renseignements que vous avez fournis. Cliquez sur votre fournisseur de soins primaires, puis cliquez sur « Continuer ».

Primary Care Provider Search Results

Eligibility — Address — Provider — Review — Finish

Refine Results

Fill out one or more field(s)

Last Name
PLISBVDU

First Name
e.g. Jane

Clinic Address or Clinic Name
e.g. 123 Street or First Medical Clinic

City/Town
e.g. Vancouver

Phone Number
(XXX) XXX-XXXX

1 Primary Care Provider(s) found. Select your provider and address then scroll down to continue.

PLISBVDU, JAGGER
Address: PINETREE MEDICAL, 458 PINE RD, VANCOUVER, BC V5Z 1G1
Phone: 604-789-7878

My primary care provider and/or address is not listed

- Si vous ne voyez pas votre fournisseur dans la liste, essayez d'ajouter plus de renseignements dans l'onglet « **Affiner les résultats** ».
- Si votre fournisseur ne figure toujours pas sur la liste, veuillez sélectionner « **Mon fournisseur de soins primaires et/ou l'adresse ne figurent pas sur la liste** » et entrer manuellement les renseignements sur votre fournisseur avant de cliquer sur « **Continuer** ».

Primary Care Provider Search Results

Eligibility
Address
Provider
Review
Finish

Refine Results

Fill out one or more field(s)

Last Name
PLISBVDU

First Name
e.g. Jane

Clinic Address or Clinic Name
123 street

City/Town
Vancouver

Phone Number
(XXX) XXX-XXXX

[Clear all](#) Search

0 Primary Care Provider(s) found.

No results found

My primary care provider and/or address is not listed

Name of Primary Care Provider*
e.g. family doctor, nurse practitioner, midwife

Note: If you don't see a specific primary care provider at your clinic, write "NA" above and fill in fields below.

Name of Clinic*
e.g. First Medical Clinic

Clinic's Phone Number*
(XXX) XXX-XXXX

If we are unable to find your primary care provider you will be linked to a clinic in your community for follow up if needed.

Continue

Remplissez cette section.

Confirmez les détails de la demande de trousse

- Veuillez passer en revue tous les renseignements que vous avez fournis avant de faire votre demande de trousse. Vous pouvez cliquer sur le bouton « **Modifier** » pour modifier tout renseignement inexact.

Confirm Kit Request Details

Eligibility
Address
Provider
Review
Finish

⚠ Your kit has NOT been requested yet. Please review your details before submitting the kit request.

Name
TESTFN-PROMOTIONS TESTPAT-LN-CERVIXPORTAL Edit

Delivery Address
123 Test Address
Unit 415
Vancouver, BC V5Z 1H1

Email
test@gmail.com

Phone Numbers
Home: (604) 111-1111
Mobile: (778) 222-2222

Primary Care Provider
Cho
Pinetree Medical
(123) 456-7891 Edit

Submit Kit Request

- Une fois que vous avez confirmé que les renseignements sont exacts, cliquez sur le bouton « **Soumettre la demande de trousse** » pour demander une trousse.