

## المرحلة الأولى في التشخيص الخاص بك: استلمت بطاقة متابعة يجب أن تلحقها بالفحص

### الرجاء معاينه وتكملة وتصحيح المعلومات الواردة فيما بعد إن احتاج الأمر

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| اسم العائلة<br>الاسم<br>الاسم عند الميلاد<br>العنوان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | رقم الهاتف     |
| تاريخ الميلاد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | رقم المؤمن     |
| شركة التأمين                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | الطبيب المعالج |
| تاريخ تسليم أو إرسال الفحص                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |
| تاريخ عينة البراز: ..... / ..... / .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |
| الصق هنا<br>لاصقة الرقم المشر (الكود بار)<br>الموجودة على ورقة الفحص<br>#                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |
| من الضروري أن تكتب بالقلم اسمائكم واسماء العائلة وتاريخ الميلاد على أنبوب الفحص                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |
| <p>بتوقيعي:</p> <p>- أقر أنني أعلمت كيف يتم التشخيص ، مزاياه وحدوده؛</p> <p>- أسمح بإرسال وتبادل معلوماتي الطبية مع العاملين في قطاع التشخيص، سواء تم ذلك عن طريق البريد العادي أو عن طريق البريد الإلكتروني، وكذلك أسمح بتسجيل وحفظ معلوماتي في مركز التشخيص. هذه المعلومات محمية ويحق لي في أي وقت الحصول عليها وتصحيح بياناتي الخاصة</p> <p>- أسمح بتبادل المعلومات مع الطبيب الذي ذكرت اسمه وكذلك العاملين في مجال مركز برنامج التشخيص؛</p> <p>- أسمح بإرسال نتائج الفحوصات التكميلية لبرنامج التشخيص إذا ما تطلبت نتائج التشخيص ذلك؛</p> <p>- في حال تغيير مكان الإقامة أسمح بنقل ملفي لبرنامج التشخيص التابع لكائنون محل إقامتي الجديد؛</p> <p>- أقر أنني علمت أن بياناتي يمكن أن تستخدم بشكل سري لأغراض الإحصائيات أو لتحسين جودة البرنامج.</p> <p>- أفهم أن فاتورة هذا الفحص خارجة عن نطاق الخصم بمبلغ جزافي قدره ٤٦ فرنك سويسري ترسل فقط لشركة التأمين دون أن يحصل على نسخة منها الشخص المؤمن، وأنه في حال رغبت الحصول على نسخة منها فيمكنني طلب ذلك من FGDC</p> <p><input type="checkbox"/> عن طريق وضع إشارة في المربع أعبر عن رفضي في إظهار اسمي على البيانات المرسلة لمركز السرطان في جنيف</p> |                |
| التاريخ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | التوقيع:       |

### العدة الخاصة بـ "فحص التشخيص"

- دليل المستخدم هذا
- أنبوب مسطح لأخذ عينة
- ورقة لجمع البراز
- كيس بلاستيكي
- ظرف لإرسال الاختبار

### هام:

- من الضروري ذكر التاريخ الذي قمت فيه بالفحص وإلا لا يمكن تفسير النتائج
- من الضروري أيضاً إرسال الفحص خلال ٢٤ ساعة من إجرائه وتفاذي إرساله قبل حلول أيام الاجازات
- النساء اللواتي لم تبلغن سن اليأس: يجب أن يجري الفحص خارج أوقات الدورة الشهرية، الأمثل هو القيام به يومين أو ثلاثة أيام بعد انتهاء الحيض

تأكدوا من صحة هذه المعلومات

سجل تاريخ إجراء الفحص

انزع اللاصق من الأنبوب المسطح وأصقه على بطاقة المتابعة

اكتب التاريخ ووقع على ورقة المعلومات وعلى ترخيص معالجة المعلومات



لمزيد من المعلومات أو لتوجيهات مفصلة أكثر، الرجاء منك الاتصال بصيدليتك أو طبيبك أو الاتصال بمؤسسة جنيف لتشخيص السرطان - 022 708 10 90

## المرحلة الثانية للتشخيص الخاص بك

1

سجل على لاصقة الأنبوب المسطح اسمك واسم العائلة وتاريخ ميلادك الأنبوب



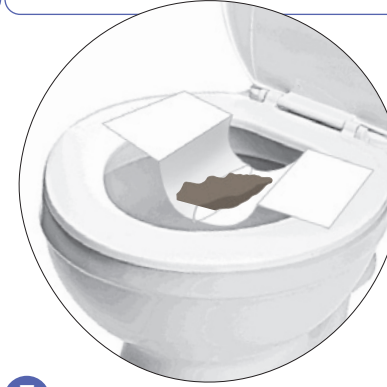
2

تبول إن كانت لديك حاجة لذلك ثم ضع ورقة تجميع البراز على مقعد الحمام كما هو موضح في الرسم



3

قم بالتبرز (يجب أن لا يلمس البراز البول أو ماء الحمام)



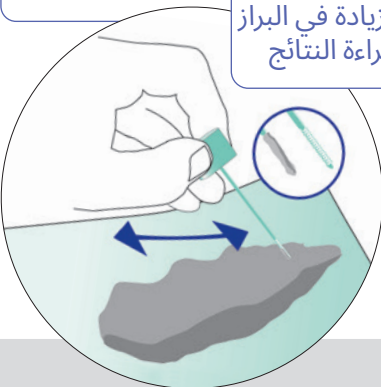
4

افتح بهدوء غطاء الأنبوب الفيروزي لتظهر لك ساق تجميع العينة



5

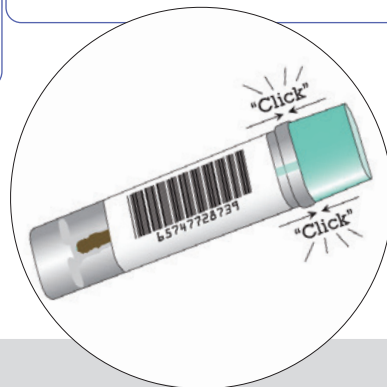
بواسطة ساق تجميع العينة خذ البراز من ٥ أو ٦ أماكن مختلفة. يجب أن تملأ كامل الأخاديد بالبراز



انتبه: الزيادة في البراز  
يفسد قراءة النتائج

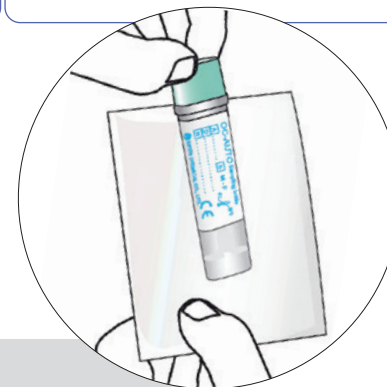
6

أرجع الساق في الأنبوب وأغلقه. يؤكد صوت الكليك أن الأنبوب محكم الإغلاق.



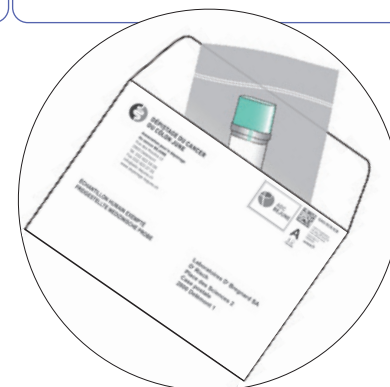
7

خض أنبوب أخذ العينة المغلق بقوة. ضع الأنبوب في الكيس البلاستيكي وضعه في ظرف الإرسال.



8

أرسل الأنبوب وبطاقة الاختبار لمختبر التحاليل خلال الـ ٢٤ ساعة. الإرسال السريع يضمن لك جودة التحليل.



لمزيد من المعلومات أو لتوجيهات مفصلة أكثر، الرجاء منك الاتصال بصيدليتك أو طبيبك أو  
الاتصال بمؤسسة جنيف لتشخيص السرطان - 022 708 10 90

ستحصل على النتائج خلال مدة ثمانية  
أيام مفتوحة