

نموذج مشاركة .

إذا أرسلت العينة مع نموذج المشاركة هذا، فأنت توافقين على أنه سيتم إرسال النتيجة إليك وإلى الممارس العام/الطبيب الخاص بك، وعلى أنه سيتم تخزين البيانات وعلى أنها قد تُستخدم (حصريًا) في سياق برامج فحص سرطان الثدي والرحم والقولون وتقييم العملية .

نقاط يجب الانتباه إليها :

- * هذا النموذج شخصي وموجه إليك فقط .
- * تفاصيل الطبيب ضرورية لتسليم النتائج .
- * لا ترفقي أي شيء بهذا النموذج .
- * استخدم قلم جاف أزرق أو أسود .
- * لا تشاركي إلا باستخدام الاختبار الذي تلقيته للتو وباستخدام نموذج المشاركة هذا .
- * يرجى عدم إرسال أي اختبارات غير مستخدمة أو فارغة .
- * أرسلني هذا النموذج مع العينة في المظروف المبطن. وإلا، فإن يتم فحص البراز الخاص بك .

تاريخ أخذ العينة:

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | | - | | | - | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

*

(* حقل مطلوب)

لدينا التفاصيل التالية الخاصة بك .

رقم هاتفك: البريد الإلكتروني الخاص بك :

:الممارس العام الخاص بك :

* هل هذا صحيح؟ إذن، لا تكتبي أي شيء في المربعات أدناه. أدخلي التاريخ أعلاه وحسب. بالرغم من أن عنوان البريد الإلكتروني الخاص بك مطبوع مسبقًا بأحرف كبيرة، إلا أنك غير مضطرة لتغييره إلى حروف صغيرة .

* هل الحروف مفقودة أو غير صحيحة؟

إذن، لا تكتبي إلا التفاصيل التي تريدين إضافتها أو تعديلها بأحرف كبيرة في المربعات أدناه .

رقم هاتفك (يُفضل رقم هاتف محمول):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

البريد الإلكتروني الخاص بك :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| @ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

الاسم الأول للممارس العام/الطبيب الخاص بك :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

لقب الممارس العام/الطبيب الخاص بك :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

اسم شارع الممارس العام/الطبيب الخاص بك :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

الخاص بك
رقم المنزل :

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

الممارس العام/الطبيب
الخاص بك رقم الرمز البريدي :

نشكرك على المشاركة !

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

35139

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|