

READ ALL INSTRUCTIONS BEFORE BEGINNING

BEFORE COLLECTING YOUR SAMPLE:

- Do **NOT** brush or floss your teeth, eat or drink, or take medications for at least 1 hour before collection.
- Do **NOT** use hand creams, lotions, or ointments before collection.
- Do **NOT** smoke for 4 hours before collection.

PATIENT MUST:

- Rinse your mouth out with water 10 minutes before collecting samples.
- Collect the sample at your normal bedtime (or as instructed by your health care provider).

COLLECTION INSTRUCTIONS

SALIVETTE® CORTISOL KIT

1. Wash your hands and put on the disposable gloves provided in the kit.
2. Remove plastic cap from the collection tube. Remove the cotton swab and place it in your mouth.
3. Gently roll the cotton swab in your mouth for **at least 2 minutes. Do not chew.**
4. Return the cotton swab to the collection tube and securely replace the cap.
5. Complete the patient information on the collection tube label AND on the form below. The following information is required:
 - a) Your full name
 - b) Your date of birth
 - c) The date and exact time of collection
6. Place the labeled tube in the refrigerator immediately after collection.
7. Collect the second sample 24 hours after the first sample (or as directed by your healthcare provider), following steps 1–6 with a new cotton swab. Refrigerate the sample until ready for return.

PATIENT INFORMATION

Form must be completed and submitted with your sample. Samples received without this information may be rejected.

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

Healthcare Provider's Name: _____

SAMPLE 1

Collection Date (mm-dd-yyyy) _____ Time (hh:mm) _____ a.m. p.m.

SAMPLE 2

Collection Date (mm-dd-yyyy) _____ Time (hh:mm) _____ a.m. p.m.

SPECIMEN RETURN INSTRUCTIONS

1. Remove samples from the refrigerator and place both samples AND this completed form in specimen bag.
2. Follow the instructions below based on your healthcare provider. For questions or concerns, please call **WDL Client Services at 414-805-7600.**

Froedtert/WDL Specimens:

Please return collected specimens to a Froedtert/WDL lab location **OR** if mailer is provided, drop off at the post office.

ThedaCare Specimens:

Please return collected specimens to a ThedaCare lab location.



LEA TODAS LAS INSTRUCCIONES ANTES DE COMENZAR

ANTES DE RECOLECTAR SU MUESTRA:

- **NO** se cepille ni use hilo dental en los dientes, no coma ni beba, ni tome medicamentos durante al menos 1 hora antes de la recolección.
- **NO** use cremas, lociones ni pomadas para las manos antes de la recolección.
- **NO** fume durante 4 horas antes de la recolección.

EL PACIENTE DEBE:

- Enjuagarse la boca con agua 10 minutos antes de recolectar la muestra.
- Recolectar la muestra a la hora habitual de irse a dormir (o en otro momento según las indicaciones de su proveedor de atención médica).

INSTRUCCIONES DE RECOLECCIÓN

KIT DE CORTISOL SALIVETTE®

1. Lávese las manos y póngase los guantes desechables incluidos en el kit.
2. Retire la tapa de plástico del tubo de recolección. Retire el hisopo de algodón y colóquelo en la boca.
3. Haga rodar suavemente el hisopo de algodón en la boca **durante al menos 2 minutos. No lo mastique.**
4. Devuelva el hisopo de algodón al tubo de recolección y vuelva a colocar la tapa de forma segura.
5. Complete la Información del Paciente en la etiqueta del tubo de recolección **Y** en el formulario a continuación. Se requiere la siguiente información:
 - a) Su nombre completo
 - b) Su fecha de nacimiento
 - c) La fecha y la hora exacta de la recolección
6. Coloque el tubo etiquetado en el refrigerador inmediatamente después de la recolección.
7. Recolecte una segunda muestra **24 horas después** (o según las indicaciones de su proveedor de atención médica), siguiendo los pasos 1–6 con un nuevo hisopo de algodón. **Refrigere la muestra hasta que este lista para su devolución.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Este formulario debe completarse y enviarse junto con su muestra. Las muestras recibidas sin esta información pueden ser rechazadas.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del proveedor de atención médica: _____

MUESTRA 1:

Fecha de la muestra (mm-dd-aaaa) _____ Hora (hh:mm) _____ a.m. p.m.

MUESTRA 2:

Fecha de la muestra (mm-dd-aaaa) _____ Hora (hh:mm) _____ a.m. p.m.

INSTRUCCIONES PARA LA DEVOLUCIÓN DE LA MUESTRA

1. Retire las muestras del refrigerador y coloque **ambas muestras Y este formulario completo en la bolsa para muestras.**
2. Siga las instrucciones a continuación según su proveedor de atención médica. Si tiene preguntas o inquietudes, llame a **Servicios al Cliente de WDL al 414-805-7600.**

Muestras de Froedtert/WDL:

Devuelva las muestras recolectadas a una ubicación de laboratorio de Froedtert/WDL **O**, si se proporciona un sobre prepagado, deposítelo en la oficina de correos.

Muestras de ThedaCare:

Devuelva las muestras recolectadas a una ubicación de laboratorio de ThedaCare.

