

<Date>

Numer identyfikacyjny <Consumer ID>

<Participant Given Name> < Participant Family Name >

<Preferred Mailing Address>

<Preferred Mailing Address >

<LOCALITY> <STATE> <POSTCODE>

Szanowny Panie! <Participant Given Name> < Participant Family Name >

Chciałbym zaprosić Pana do wzięcia udziału w badaniach w ramach Ogólnokrajowego Programu Wykrywania Raka Jelita.

Wraz z tym listem otrzymuje Pan zestaw do testu z instrukcją użycia oraz broszurę informacyjną. Proszę się z nimi zapoznać.

Test jest bezpłatny. Jego dwukrotne przeprowadzenie zajmie jedynie kilka minut.

Broszura informacyjna zawiera więcej informacji na temat testu. Polega on na pobraniu próbek z dwóch stolców w sposób opisany w instrukcji. Powinien Pan:

- przechować zestaw w chłodnym miejscu, zarówno przed jak i po pobraniu próbek
- zakończyć test **w jak najkrótszym czasie**
- wypełnić formularz uczestnika [**Participant Details Form**], oraz
- wysłać obie próbki wraz z formularzem uczestnika do laboratorium patologicznego, wykorzystując w tym celu kopertę z opłaconą odpowiedzią przesłaną w zestawie.

Laboratorium patologiczne dokona analizy próbek. Jeśli stwierdzi obecność krwi (co określa się jako pozytywny wynik testu), poprosi Pana o umówienie się z jego lekarzem w celu przeprowadzenia rozmowy na temat tego wyniku. **Pozytywny wynik nie przesądza o tym, że ma Pan raka jelita.** Oznacza to tylko, że w stolcu wykryto ślady krwi, i że powinien Pan umówić się z lekarzem celem przeprowadzenia dalszych testów dla ustalenia przyczyny krwawienia. Większość ludzi, u których wystąpił pozytywny wynik testu nie ma raka jelita.

Rak jelita może rozwijać się nie dając żadnych alarmujących objawów; objawy te mogą też być ograniczone. Dlatego przeprowadzenie tego testu jest tak ważne. Jeśli występują u Pana objawy opisane w broszurze informacyjnej, powinien Pan umówić się ze swoim lekarzem. Podobnie, powinien Pan jak najwcześniej przeprowadzić rozmowę z nim, jeśli w rodzinie Pana wystąpiły w przeszłości przypadki zachorowania na raka jelita.

Mam nadzieję, że zdecyduje się Pan wziąć udział w tym ważnym programie. Jeśli nie chce Pan w nim uczestniczyć, proszę wypełnić formularz wycofania/zawieszenia swego udziału w programie [Opt-Off/Suspend Form], który znajdzie Pan na końcu broszury informacyjnej. Jeśli chciałby Pan zadać pytania na temat zestawu do testu albo programu, proszę podczas godzin pracy zadzwonić na informację **(1800 118 868)**, lub porozmawiać ze swoim lekarzem.

Z poważaniem,

**Profesor John Horvath, Kawaler Orderu Australii**  
**Dyrektor Medyczny [Chief Medical Officer]**

NBCSR C001