

<Date>

Αριθμός ID <Consumer ID>

<Aust Post ID>
<Participant Given Name> <Participant Family Name>
<Preferred mailing address>
<Preferred mailing address>
<LOCALITY> <STATE> <POSTCODE>

Αγαπητέ/ή <Participant Given Name> <Participant Family Name>

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Σας ευχαριστούμε που λάβατε μέρος στο Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου Καρκίνου του Παχέος Εντέρου και για την επιστροφή του κιτ της εξέτασής σας.

Είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας ενημερώσουμε ότι το αποτέλεσμα της εξέτασής σας για ανίχνευση λανθάνουσας αιμορραγίας στα κόπρανα ήταν ΑΡΝΗΤΙΚΗ

Αυτό σημαίνει ότι δεν ανιχνεύτηκε αίμα στα δείγματά σας και δεν χρειάζεται να κάνετε περαιτέρω ενέργειες αυτή τη στιγμή. Παρόλα αυτά, αυτό δε σημαίνει ότι δεν έχετε ή ότι δεν πρόκειται ποτέ να αναπτύξετε καρκίνο του παχέος εντέρου, καθώς ορισμένοι καρκίνοι του παχέος εντέρου δεν αιμορραγούν ή αιμορραγούν περιστασιακά. Οι εξετάσεις όπως αυτή που χρησιμοποιείται στο Πρόγραμμα, ανιχνεύουν έως και το 85% των καρκίνων του παχέος εντέρου. Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό να κάνετε προσυμπτωματικό έλεγχο κάθε δύο χρόνια και να μιλάτε με το γιατρό σας εάν εμφανίσετε συμπτώματα μετά που έχετε λάβει ένα αρνητικό αποτέλεσμα. Μετά τη λήψη του αρνητικού αποτελέσματος, θα προσκληθείτε να κάνετε πάλι δωρεάν εξέταση όταν είστε επιλέξιμοι την επόμενη φορά.

Ο γιατρός που έχετε ορίσει έχει ενημερωθεί για το αποτέλεσμα της εξέτασής σας. Εάν δεν ορίσατε γιατρό ή ιατρική κλινική, παρακαλώ να πάρετε αυτό το αποτέλεσμα στο επόμενο ιατρικό ραντεβού σας ώστε να συμπεριληφθεί στον ιατρικό φάκελό σας.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και Ιατρικής Έρευνας [The National Health and Medical Research Council] συστήνουν προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου κάθε δύο χρόνια από την ηλικία των 50 έως 74 ετών.

Εάν έχετε τυχόν ερωτήσεις σχετικά με το Πρόγραμμα, παρακαλώ επισκεφθείτε το www.cancerscreening.gov.au ή καλέστε τη Γραμμή Πληροφοριών του Προγράμματος **1800 118 868** κατά τις εργάσιμες ώρες.

Μ' εκτίμηση

<Title> <Given Name> <Family Name>
Εξουσιοδοτημένος/η Παθολόγος [Authorising Pathologist]