****

NHI (एनएचआई) नंबर: XXXXXXX

तिथि: (दिन/महीना/वर्ष)

प्रथम नाम अंतिम नाम

पता 1

पता 2

कस्बा/शहर का पोस्टकोड

Tēnā koe/प्रिय प्रथम नाम अंतिम नाम,

यह आपका रिप्लेसमेंट यानि बदले में दूसरा FIT टैस्ट है। आपके जीपी/स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ने आपके आंत्र लक्षणों का आकलन करने के लिए आपको XXX डिस्ट्रिक्ट एंडोस्कोपी यूनिट में भेजा है। यह आपका रिप्लेसमेंट FIT टैस्ट (फीकल इम्यूनोकैमिकल टैस्ट) है।

FIT टैस्ट आपके शौच (मल) में खून के निशानों की जाँच करता है। आपके टैस्ट के परिणाम हमारी निम्न में मदद करेंगे:

* आपके आंत्र कैंसर के जोखिम का आकलन करने में
* आपके अन्य गंभीर आंत्र समस्याओं के जोखिम का आकलन करने में
* यह तय करने में कि हम आपके लक्षणों का प्रबंधन कैसे करेंगे।

यह महत्वपूर्ण है कि आप अगले कुछ दिनों में जितनी जल्दी हो सके इस टैस्ट को कर लें।

## आपको आगे क्या करने की जरूरत है

* संलग्न टैस्ट किट के अंदर दिए गए निर्देशों का पालन करें।
* अनुरोध फॉर्म पर वह तारीख लिखें जिस दिन आपने टैस्ट किया था। हम बिना तारीख लिखे हुए टैस्टों को प्रोसेस (संसाधित) नहीं करते। यदि आप अपने टैस्ट पर तारीख नहीं डालते हैं, तो आपको एक और टैस्ट करने की जरूरत होगी।
* नमूने को उसी दिन या उसके अगले दिन प्री-पेड (पहले से भुगतान किए गए) लिफाफे में पोस्ट करें। इससे नमूने के खराब होने का खतरा कम हो जाता है।

FIT टैस्ट करने के लिए आपका धन्यवाद। टैस्ट का परिणाम मिलने के बाद हम 4 सप्ताह के भीतर आपसे संपर्क करेंगे।

यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो नीचे सूची में दिए गए फ़ोन नंबर या ईमेल का उपयोग करके हमसे संपर्क करें। हमारी टीम के सदस्यों में से किसी भी सदस्य को आपकी मदद करने में खुशी होगी।

Ngā mihi/भवदीय

**एंडोस्कोपी यूनिट**

**XXX डिस्ट्रिक्ट**

**फ़ोन नंबर एक्सटेंशन**

**ईमेल**

**हैल्थ न्यूज़ीलैंड | TeWhatuOra (ते फातु ओरा)**

A close-up of a document

AI-generated content may be incorrect.