**A blue and black text

AI-generated content may be incorrect.**

NHI 号码：XXXXXXX

日期：(day/month/year)

名字 姓氏

地址栏 1：

地址栏 2：

城镇/城市 邮政编码

Tēnā koe/尊敬的名字姓氏，

这是您的 FIT 替代检测包您的全科医生 / 医疗服务提供者已将您转诊至 XXX区内窥镜检查中心来评估您的肠道症状。这是您的 FIT 替代检测（粪便免疫化学检测）包。

FIT 检测会检查粪便中是否含有微量的出血。您的检测结果将帮助我们：

* 评估您患肠癌的风险
* 评估您患其他严重肠道问题的风险
* 决定我们将如何管理您的症状。

请您务必在接下来的几天内尽快完成该检测。

## 接下来您需要做什么

* 按照随附检测包内的说明进行操作。
* 在检测申请表上写下您完成采样的日期。我们无法处理未注明日期的样本。如果您没有填写采样日期，您需要再进行一次采样。
* 请务必在采样当日或次日使用预付邮资信封将样本寄出。这样可以最大限度地降低样本变质的风险。

感谢您完成 FIT 检测。我们将在收到检测结果后的 4 周内与您联系。

如果您有任何疑问，请使用下面列出的电话号码或电子邮件与我们联系。我们的工作人员将很乐意为您提供帮助。

此致，

**内窥镜检查中心**

**XXX区**

**电话号码分机**

**电子邮件**

**新西兰卫生部 | Te Whatu Ora**

A close-up of a label

AI-generated content may be incorrect.