

Coordinamento Programmi di Screening
Ospedale Xxxxx Yyyyy Via Xxxxx Yyyy n. 55
00198 – Roma

NOME COGNOME
INDIRIZZO
CAP COMUNE (PV)

Roma, 02/09/2010

Gentile NOME,

la invito a partecipare al programma per la **prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon retto** rivolto a uomini e donne dai 50 ai 74 anni di età, promosso dalla ASL Xxxx in collaborazione con la Regione Lazio.

Il programma, che va ad affiancare quelli già attivi per i tumori della mammella e della cervice uterina, ha lo scopo di individuare precocemente lesioni che potrebbero evolvere in un tumore e prevede l'esecuzione, ogni due anni, di un esame delle feci per rilevare il sanguinamento non visibile ad occhio nudo.

L'esame proposto è **gratuito**, così come gli eventuali accertamenti, e non occorre la prescrizione del medico curante. Potrà eseguire l'esame a casa utilizzando una provetta da ritirare presso uno dei punti indicati sul retro di questa lettera.

In caso di risultato normale dell'esame, riceverà a casa la risposta.
Qualora l'esame riveli presenza di sangue occulto nelle feci, la contatteremo per proporre un esame di approfondimento (colonscopia) per capire le cause del sanguinamento.

Legga l'opuscolo allegato per avere informazioni più approfondite.

DOVE RITIRARE E RICONSEGNARE IL KIT-ESAME

Potrà ritirare e riconsegnare il kit-esame presso:

Centro Prelievi del Poliambulatorio Xxxxx

Via Xxxxx Yyyyy n°58

il giorno 23/09/2010 alle ore 10.30

Sarà sufficiente consegnare questa lettera avendo inserito i propri recapiti telefonici:

Telefono fisso

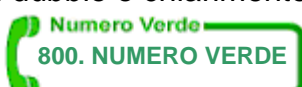
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cellulare

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il test andrà poi riconsegnato presso la medesima sede entro tre giorni dalla data di prelievo.

Per qualsiasi dubbio o chiarimento può:

- chiamare il  dalle 8.00 alle 17.00 dal lunedì al venerdì
- scrivere una e-mail a: info@screening.asl.it
- guardare “Le 100 domande sullo screening coloretale” sul sito:
www.regione.lazio.it

Nel ringraziarla per l'attenzione, e nel garantirle l'assoluta riservatezza nel trattamento dei suoi dati in tutte le fasi del Programma, le porgo cordiali saluti.

Il Coordinatore del Programma di Screening
Dott. Xxxxxxx Yyyyyyy