

**Coordinamento Programmi di Screening
Ospedale Xxxxx Yyyy Via Xxxx Yyy n. 55
00198 – Roma**

NOME COGNOME
INDIRIZZO
CAP COMUNE (PV)

Roma, 13/09/2010

Gentile NOME,

la valutazione dell'esame endoscopico da lei effettuato in data 01/09/2010 nell'ambito del programma per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon retto prevede come esame di controllo: **INDICAZIONE**.

I referti dei suoi esami sono disponibili presso il Coordinamento Screening ASL X, via A. Di Bartolomei, 10.

Nel caso dovesse notare sangue nelle feci o accusare disturbi intestinali duraturi di nuova insorgenza (dolori addominali ricorrenti, stitichezza o diarrea persistenti) le raccomando di rivolgersi tempestivamente al suo medico di fiducia oppure al numero verde 800. NUMERO VERDE dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 17.00, per fissare un appuntamento.

Cordiali saluti

Il Coordinatore del Programma di Screening
Dott. Xxxxxxx Yyyy