ميديكلينيك
MEDICLINIC

PURPOSE OF THE TEST

The **Faecal Immunochemical Test** (FIT) is a simple, non-invasive test that looks for small traces of blood in stool, helping to detect early signs of colorectal cancer and other health issues.

TEST RESULTS

- Results are typically available within 3–5 working days.
- Results will be sent to the ordering physician.
- The Faecal Immunochemical Test (FIT) detects the presence of blood in the stool.
- A positive result may require further investigation (e.g. colonoscopy).
- A negative result does not rule out colorectal cancer or other conditions.
- Scheduling a follow-up with your physician is essential.

CONFIDENTIALITY AND DATA PRIVACY

Test results will be reported from the Laboratory to the ordering physician. You may request the results of the test by calling the Mediclinic toll-free number 8001999 (Emirate of Dubai) or 8002000 (Emirate of Abu Dhabi) or download the release of information form from Mediclinic website.

Mediclinic complies with all confidentiality and data privacy requirements as per applicable laws and regulations of the United Arab Emirates. Please refer to the Privacy Notice on the Mediclinic website for more information.

TEST LIMITATIONS AND RISKS

- The Faecal Immunochemical Test (FIT) is a screening tool; it does not replace gold-standard diagnostic tests like colonoscopy.
- Accuracy depends on correct sample collection.
- Contamination (e.g. with urine or water) may affect results or require re-testing.
- False positives and false negatives are possible.
- No direct risk is associated with this test if hygiene instructions are followed.

SAMPLE COLLECTION, HANDLING AND DISPOSAL

- Follow the provided instructions carefully.
- Submit the sample ideally within 3 hours, and no later than 48 hours after passing stool.
- Samples will be securely stored for analysis and then safely discarded.

CONSENT AND ACKNOWLEDGEMENT

By signing this consent form, I acknowledge and agree that:

This test detects the presence of blood in the stool, which may indicate bowel cancer. However, a positive result does not automatically mean I have bowel cancer, as other conditions, such as haemorrhoids or gastrointestinal bleeding, can also cause blood in the stool. Additional tests may be needed to determine the cause. If this is the case, I will follow the provided guidance and consult with my physician for the next appropriate steps.

A negative result does not entirely rule out the possibility of bowel cancer or other gastrointestinal conditions. If I experience symptoms such as persistent changes in bowel habits, unexplained weight loss, abdominal pain or rectal bleeding, I will consult my physician, even with a negative FIT result.

- I understand the purpose, process and limitations of the test.
- I understand that this is a screening test, not a diagnostic test.
- I understand that follow-up with my physician is essential.
- I have received instructions for proper sample collection.
- I understand that the test is provided free of charge, subject to eligibility and fair usage policy and at Mediclinic's discretion.
- I consent to Mediclinic performing the test and sharing results with the assigned physician.
- I understand that, once notified about the test results, I am responsible for taking appropriate next steps as advised by my physician.

PATIENT SIGNATURE

My signature on this form indicates that I have read and understood the informed consent form and have given permission to Mediclinic to undertake the laboratory test(s) indicated. I have had the opportunity to ask questions and discuss the capabilities, limitations and possible risks of the test(s) with my physician or someone my physician has designated.

SIGNATURE OF THE PATIENT: _____

NAME OF THE PATIENT: _____ **DATE:** _____ **TIME:** _____

SIGNATURE OF THE SUBSTITUTE CONSENT GIVER: _____

NAME AND RELATIONSHIP: _____ **DATE:** _____ **TIME:** _____

SIGNATURE OF THE PHYSICIAN: _____

NAME: _____ **DATE:** _____ **TIME:** _____

SIGNATURE OF WITNESS: _____

NAME AND DESIGNATION: _____ **DATE:** _____ **TIME:** _____

DATE & TIME COLLECTED: _____ **AM/PM**

PATIENT STICKER HERE

ميديكلينيك
MEDICLINIC

الغرض من الاختبار

يعدّ **اختبار البراز الكيميائي المناعي** (FIT) اختباراً بسيطاً وغير جراحي، يبحث عن آثار دم طفيفة في البراز، ليساعد في اكتشاف العلامات المبكرة لسرطان القولون والمستقيم وغيرها من المشكلات الصحية.

الغرض من الاختبار

- تتوفر النتائج عادة خلال 3-5 أيام عمل.
- يتم إرسال النتائج إلى الطبيب الذي طلب الفحص.
- يكشف اختبار المناعة الكيميائية في البراز (FIT) عن وجود دم في البراز.
- قد تتطلب النتيجة الإيجابية مزيداً من الفحوصات (مثل تنظير القولون).
- لا تستبعد النتيجة السلبية الإصابة بسرطان القولون والمستقيم أو أي حالات أخرى.
- من الضروري حجز موعد للمتابعة مع الطبيب المختصّ.

السرية وخصوصية البيانات

سيتم إرسال نتائج الاختبار من المختبر إلى الطبيب الذي طلب الفحص. يمكنكم طلب نتائج الاختبار بالاتصال على رقم ميديكلينيك المجاني 8001999 (إمارة دبي) أو 8002000 (إمارة أبوظبي) أو من خلال تحميل نموذج الإفصاح عن المعلومات من موقع ميديكلينيك الإلكتروني.

تلتزم ميديكلينيك بجميع متطلبات السرية وخصوصية البيانات وفقاً للقوانين واللوائح المعمول بها في دولة الإمارات العربية المتحدة. يرجى مراجعة إشعار الخصوصية على موقع ميديكلينيك الإلكتروني لمزيد من المعلومات.

قيود ومخاطر الاختبار

- اختبار البراز الكيميائي المناعي (FIT) هو أداة فحص؛ ولا يغني عن اختبارات التشخيص القياسية مثل تنظير القولون.
- تعتمد دقّة النتائج على جمع العيّنات بشكل صحيح.
- قد يؤثر التلوّث (مثلاً بالبول أو الماء) على النتائج أو يتطلب إعادة الاختبار.
- من الممكن الحصول على نتائج إيجابية وسلبية خاطئة.
- لا يوجد خطر مباشر مرتبط بهذا الاختبار في حال اتباع تعليمات النظافة.

جمع العينات، التعامل معها، والتخلص منها

- يجب اتباع التعليمات المرفقة بعناية.
- يفضّل تسليم العيّنة خلال 3 ساعات، وبحدّ أقصى خلال 48 ساعة من وقت إخراج البراز.
- يتم حفظ العيّنات في مكان آمن للتحليل، ثم يتم التخلّص منها بأمان.

الموافقة والإقرار

بالتوقيع على نموذج الموافقة هذا، أقرّ وأوافق على ما يلي:

يكشف هذا الاختبار عن وجود دم في البراز، ما قد يشير إلى سرطان الأمعاء. مع ذلك، فإن النتيجة الإيجابية لا تعني بالضرورة إصابة المريض بسرطان الأمعاء، إذ يمكن أن يكون السبب حالات أخرى، مثل البواسير أو نزيف الجهاز الهضمي، وجود دم في البراز. قد يلزم إجراء فحوصات إضافية لتحديد السبب. في هذه الحالة، سيتّبع المريض الإرشادات المقدّمة ويستشير الطبيب الخاص به لاتخاذ الخطوات المناسبة.

النتيجة السلبية لا تستبعد تماماً احتمال الإصابة بسرطان الأمعاء أو غيرها من أمراض الجهاز الهضمي. في حال ملاحظة أعراض مثل تغيرات مستمرة في عادات الأمعاء، أو فقدان وزن غير مبرر، أو ألم في البطن، أو نزيف شرجي، ينصح باستشارة طبيب، حتى مع وجود نتيجة سلبية لاختبار FIT.

- أُدرك غرض الاختبار وإجراءاته وقيوده.
- أُدرك أن هذا اختبار للفحص، وليس اختباراً تشخيصياً.
- أُدرك أن المتابعة مع الطبيب المختص ضرورية.
- تلقيت تعليمات لأخذ العيّنات بشكل صحيح.
- أُدرك أن الاختبار يقدّم مجاناً، ويخضع لسياسة الأهلية والاستخدام العادل، ووفقاً لتقدير ميديكلينيك.
- أُوافق على إجراء ميديكلينيك للاختبار ومشاركة النتائج مع الطبيب المخصص.
- أُدرك أنه بمجرد إخطاري بنتائج الاختبار، أكون مسؤولاً عن اتخاذ الخطوات التالية المناسبة وفقاً لنصيحة الطبيب.

توقيع المريض

يشير توقيعي على هذا النموذج إلى أنني قرأت وتفهمت نموذج الموافقة المفصّل، ومنحت ميديكلينيك الإذن بإجراء الفحوصات المخبرية المطلوبة. وقد أُتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة ومناقشة إمكانيات وقيود ومخاطر الفحوصات مع الطبيب الخاص أو من يعيّنه.

توقيع المريض: _____

اسم المريض: _____ **التاريخ:** _____ **الوقت:** _____

توقيع الجهة المانحة للموافقة البديلة: _____

الاسم والعلاقة: _____ **التاريخ:** _____ **الوقت:** _____

توقيع الطبيب: _____

الاسم: _____ **التاريخ:** _____ **الوقت:** _____

توقيع الشاهد: _____

الاسم والمنصب: _____ **التاريخ:** _____ **الوقت:** _____

التاريخ و الوقت الذي تم فيه جمع العينة: _____ **صباحا /مساء**

ملصق المريض هنا