

**UOC Cure Primarie e Attività Territoriali**  
**Direttore ff: dott. Primo Sergianni**

Tel. 081.8729750

E-mail: [sasd@pec.aslnapoli3sud](mailto:sasd@pec.aslnapoli3sud)

Sito: [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it)

**Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia (NA)**

ASL NAPOLI 3 SUD  
Registro di Protocollo - Interno  
N. 0049504 del 26/03/2020 - 15:57



Direttori Distretti Sanitari

MMG/PLS

Per il tramite Direttori dei Distretti

p.c.

Direttore Sanitario

Dipartimento di Prevenzione

Direttore SEP

OO.SS. MMG/PLS

**LL. SEDE**

Oggetto: trasmissione NUOVA SCHEDA per la richiesta di Test per il Sospetto SARS-CoV\_2 – circolare Unità di Crisi Regionale Emergenza Epidemiologica da COVID-2019 prot. 986 del 25.03.2020 - decorrenza 26.03.2020

In relazione a quanto comunicato nella circolare dell' Unità di Crisi Regionale Emergenza Epidemiologica da COVID-2019 prot. 986 del 25.03.2020 , pervenuta in data odierna allo scrivente, si trasmette alle SS.LL., in allegato, la **NUOVA SCHEDA aggiornata per la richiesta di Test per il Sospetto SARS-CoV-2 , con inizio dell' utilizzo dal 26.03.2020** nella quale sono state inserite altre informazioni, e un maggior dettaglio dei sintomi riscontrati, al fine di migliorare la conoscenza del fenomeno epidemiologico.

Pertanto si invitano le SS.LL. , a notificare formalmente con urgenza la scheda allegata a tutti i MMG e PLS di VV. competenza, con l'indicazione agli stessi che, in caso di necessità di inoltrare una richiesta di Test per il Sospetto SARS-CoV\_2 , per un proprio paziente, la stessa deve essere compilata in ogni sua parte ( DATI ANAGRAFICI E DI RESIDENZA DEL PAZIENTE – SINTONI, COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE, L' INDIRIZZO E-MAIL DOVE TRASMETTERE IL REFERETO, FIRMA E CELLULLARE DEL MEDICO RICHIEDENTE), e trasmessa agli indirizzi e-mail dell' UOPC del Distretto di Competenza , e al SEP

PEC : 1) ds( numero del distretto di competenza).[uopc@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:uopc@pec.aslnapoli3sud.it)

2) [sep.brusciano@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:sep.brusciano@pec.aslnapoli3sud.it)

Tali informazioni sono necessarie ed indispensabili per una appropriata identificazione del soggetto sottoposto al tampone con ulteriori informazioni cliniche necessarie per un idoneo inquadramento epidemiologico.

In caso di trasmissione di scheda incompleta, la circolare regionale prevede che, il laboratorio ricevente, dovrà immediatamente segnalare l' omissione al Direttore Generale dell' ASL inviante, per i provvedimenti conseguenziali di competenza.

Distinti Saluti

Il Direttore f.f.  
U.O.C. Cure Primarie e Att. Territoriali  
Dr. Primo Sergianni



ALLEGATO 1

A.O./P.O. \_\_\_\_\_

### SCHEDA PER LA RICHIESTA DI TEST PER SOSPETTO SARS-CoV\_2

**PAZIENTE**

COGNOME:		NOME:	
Data di nascita		Comune di nascita:	

**Domicilio**

COMUNE		PROVINCIA	
Via/n.:			
TEL 1		TEL 2	

**Residenza (se diversa dal domicilio)**

COMUNE		PROVINCIA	
Via/n.:			

**SINTOMI**

<input type="checkbox"/> Asintomatico	<input type="checkbox"/> Pauci-sintomatico	<input type="checkbox"/> Lieve	DATA PRELIEVO ____ / ____ / 2020
<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Deceduto	

**COLLOCAZIONE**

<input type="checkbox"/> Pz A DOMICILIO		
<input type="checkbox"/> Pz IN REPARTO	OSPEDALE:	PROV:
<input type="checkbox"/> Pz IN TERAPIA INTENSIVA		

INDIRIZZO MAIL (o N. FAX) A CUI TRASMETTERE IL REFERITO

Identificativo e firma del Medico/Operatore della struttura richiedente o delegato

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

 Medico ospedaliero  MMG/PLS/C.A.  Medico/operatore 118 Firma del richiedente

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL LABORATORIO DI MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA P.O. _____			
PRESTAZIONI ESEGUITE	Data	ORA	ESITO

Timbro e firma del Dirigente Sanitario che effettua la prestazione