



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 REFERTO

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