



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