



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