



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
