

ALLEGATO 2

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

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

|              |                   |       |           |
|--------------|-------------------|-------|-----------|
| COGNOME:     |                   | NOME: |           |
| Data Nascita | DOMICILIO Via/n.: |       |           |
| COMUNE       |                   |       | PROVINCIA |

|  |  |       |           |
|--|--|-------|-----------|
| RESIDENZA (se diversa dal domicilio) Via/n.: |  |       |           |
| COMUNE                                       |  |       | PROVINCIA |
| TEL 1  |  | TEL 2 |           |

|                                   |                             |                             |                                 |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| SINTOMI (FEBBRE, TOSSE, AFFANNO): | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | DATA PRELIEVO: ___ / ___ / 2020 |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|

**COLLOCAZIONE**

|                          |                          |          |             |
|--------------------------|--------------------------|----------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Pz A DOMICILIO           |          |             |
| <input type="checkbox"/> | Pz IN REPARTO            | OSPEDALE | PROV: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Pz IN TERAPIA INTE ISIVA | OSPEDALE | PROV: _____ |

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

\_\_\_\_\_

**Identificativo e firma del Medico della struttura richiedente o delegato**

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

 Medico ospedaliero
  MMG/PLS
  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**

\_\_\_\_\_