

SCHEDA PER LA RICHIESTA DI TEST PER SOSPETTO SARA-CoV_2
PAZIENTE

COGNOME:	NOME:
CODICE FISCALE:	
DATA DI NASCITA:	COMUNE DI NASCITA:

DOMICILIO

COMUNE:	PROVINCIA:
VIA:	
TEL 1:	TEL 2:

RESIDENZA (se diversa dal domicilio)

COMUNE:	PROVINCIA:
VIA:	

ESPOSIZIONE (solo per personale sanitario)

AZIENDA:	ESPOSIZIONE: SI NO
PRESIDIO:	

DATA PRESUMIBILE PARTO (SE SOGGETTO IN GRAVIDANZA) : ____/____/____

COLLOCAZIONE

AREA OSPEDALIERA <input type="checkbox"/>	AREA TERRITORIALE <input type="checkbox"/>	PROVINCIA:
PAZIENTE A DOMICILIO <input type="checkbox"/>	TEST RAPIDO ASSOCIATO:	
PAZIENTE IN REPARTO <input type="checkbox"/>	OSPEDALE:	
PAZIENTE IN TERAPIA INTENSIVA <input type="checkbox"/>		

SINTOMI

ASINTOMATICO <input type="checkbox"/>	PAUCI-SINTOMATICO <input type="checkbox"/>	LIEVE <input type="checkbox"/>
LIEVE <input type="checkbox"/>	CRITICO <input type="checkbox"/>	DECEDUTO <input type="checkbox"/>
DATA INIZIO SINTOMI: ____/____/____	DATA PRELIEVO/TEST: ____/____/2020	

TEST

TAMPONE ORO/NASOFARINGEO <input type="checkbox"/>	LAVAGGIO BRONCO-ALVEOLARE <input type="checkbox"/>	LAVAGGIO ASPIRATO TRACHEALE O NASOFARINGEO <input type="checkbox"/>
TEST RAPIDO <input type="checkbox"/>	TESSUTO DA BIOPSIA O AUTOPSIA <input type="checkbox"/>	SIERO (2 CAMPIONI: ACUTO E CONVALESCENZA) <input type="checkbox"/>
SANGUE INTERO <input type="checkbox"/>	URINE <input type="checkbox"/>	SPUTUM <input type="checkbox"/>

TIPOLOGIA TAMPONE

PRIMO DIAGNOSI <input type="checkbox"/>	ULTERIORE DIAGNOSI <input type="checkbox"/>	PRIMO CONTROLLO <input type="checkbox"/>
SECONDO CONTROLLO <input type="checkbox"/>	TERZO CONTROLLO <input type="checkbox"/>	ULTERIORE CONTROLLO <input type="checkbox"/>
ESITO TEST RAPIDO C <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/>		SCREENING <input type="checkbox"/>

IDENTIFICATIVO E FIRMA DEL MEDICO/OPERATORE DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE O DELEGATO

NOME COGNOME:	CELLULARE:	
MEDICO OSPEDALIERO <input type="checkbox"/>	MMG/PLS/C.A. <input type="checkbox"/>	MEDICO/OPERATORE 118 <input type="checkbox"/>

FIRMA RICHIEDENTE