

**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"/>						
<b>ESITO TEST RAPIDO</b> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>C</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>IgG</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>IgM</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		C	<input type="checkbox"/>	IgG	<input type="checkbox"/>	IgM	<input type="checkbox"/>	SCREENING <input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>	IgG	<input type="checkbox"/>	IgM	<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**

