

MODULO RICHIESTA analisi molecolare SARS-COV-2

STRUTTURA RICHIEDENTE
(Indicare corretta denominazione)

Ospedale U.F. IPN

Se possibile inserire etichetta anagrafica

Urgente (PS)

COGNOME: _____

NOME: _____

DATA DI NASCITA: _____

SESSO: M F

CRITERIO

	SI	NO
SINTOMATICO + CRITERIO EPIDEMIOLOGICO* (*proveniente da aree affette come da indicazioni ministeriali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SINTOMATICO + CONTATTO con soggetto positivo* (*probabile o confermato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SARI/ARDS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------	-----------------------------	-----------------------------

TIPOLOGIA DI CAMPIONE

Tampone nasofaringeo o orofaringeo	<input type="checkbox"/>
Lavaggio orofaringeo	<input type="checkbox"/>
Espettorato	<input type="checkbox"/>
Broncoaspirato	<input type="checkbox"/>
Lavaggio broncoalveolare	<input type="checkbox"/>

DATA PRELIEVO:

CONTATTI DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE







MEDICO
(Timbro e Firma)
