ALLEGATO 2

REGIONE CAMPANIA

ASL napoli2nord

SCHEDA PER LA RICHIESTA DI TEST PER SARS-CoV_2

PAZIENTE

COGNOME:	NOME:	Data di Nascita: __/__/____
Comune di Nascita: ( )	C.F.	

Domicilio

COMUNE:		PROVINCIA	
Via/n:			
TEL 1		TEL 2	

Residenza (se diversa dal domicilio)

COMUNE:	PROVINCIA
Via/n:	

SINTOMI

☒ Asintomatico	☐ Pauci-sintomatico	☐ Lieve
☐ Severo	☐ Critico	☐ Deceduto

COLLOCAZIONE

☒ Pz A DOMICILIO		
☐ Pz IN REPARTO/RICOVERATO	OSPEDALE:	PROV:
☐ Pz IN TERAPIA INTENSIVA		

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

epidemiologiaeprevenzione@pec.aslnapoli2nord.it

Identificativo e firma del Medico della struttura richiedente o delegato

Nome e Cognome _**Dott. Antonio Cajafa**_____ cellullare__**3483201448**___ Data richiesta___/____/2020

☐ Medico ospedaliero: Presidio Ospedaliero di _____Unità operativa_____

☐ Medico/operatore 118: Postazione _____

■ SEP/U.T. COVID _**UOC Cure Primarie**_ richiedente anche su segnalazione del MMG/PLS/C.A. o operatore "CASELLO SANITARIO"

☐ Medico competente: struttura_____

Timbro e Firma del richiedente

ASL NA2 NORD
U.O.C. Cure Primarie
Dir. Dott. Antonio Cajafa

Firma esecutore prelievo

_____

Data effettuazione prelievo

_____/_____/2020

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL LABORATORIO DI MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA P.O. COTUGNO		
PRESTAZIONI ESEGUITE	Data	ESITO

Timbro e firma del Dirigente Sanitario che effettua la prestazione

_____