



S. C. ANALISI CLINICHE
Direttore Dr Massimo Di Benedetto
Settore URGENZE
MODULO RICHIESTA
TEST ANTIGENICO SARS-CoV-2

Rev. 0 -15/04/2021

COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE IN TUTTE LE SUE PARTI (IN STAMPATELLO)

Cognome e Nome del paziente: _____

Data di nascita (gg/mm/aa): _____ / _____ / _____

Luogo di nascita: _____

CF: _____

Residenza: _____

Tel. _____

Trattasi di dipendente AUSL VdA [NO] [SI] Appartenente alla Struttura: _____

ATTENZIONE: Specificare il domicilio se diverso dalla residenza

Data della raccolta _____ / _____ / _____ ORA _____

Luogo della raccolta _____

Esecutore del prelievo a garanzia dell'ideoneità del campione e della sua custodia fino al momento del trasporto:

Cognome e Nome: _____

Firma dell'operatore _____

MATRICE BIOLOGICA: Tampone Orofaringeo e Nasofaringeo

LE STRUTTURE RICHIEDENTI IL TEST SARS-COV-2 DEVONO UTILIZZARE TRAKCARE PER L'ACCETTAZIONE

N. 1 ETICHETTA CON BARCODE SULLA PROVETTA DEL TAMPONE

N. 1 ETICHETTA CON BARCODE SULLA RICHIESTA CARTACEA

(CHE DEVE SEMPRE ACCOMPAGNARE IL TAMPONE IN LABORATORIO)

N. 1 ETICHETTA CON ANAGRAFICA SULLA PROVETTA TAPPO BLU

**SPAZIO PER L'ETICHETTA
CON BARCODE
a cura
della Struttura Richiedente**

Notizie cliniche: _____

Asintomatico Screening
 Sintomatico / Paucisintomatico → Esordio Sintomatologia _____

Contatto Asintomatico Contatto Sintomatico / Paucisintomatico → Esordio Sintomatologia _____

Controllo guarigione Altro

Nome e Cognome del Medico Richiedente: _____

STRUTTURA RICHIEDENTE: S.S./S.C. _____

Per presa visione dell'ideoneità del materiale/completezza della documentazione:

Operatore della SC Analisi Cliniche Nominativo _____ Firma _____

Operatore Territoriale Nominativo _____ Firma _____

oppure