



S. C. ANALISI CLINICHE
 Direttore: Dr Massimo Di Benedetto
 Settore Biologia Molecolare
MODULO RICHIESTA

ALLEGATO 1
 Rev. 12 -
 10/12/2021

Diagnosi molecolare virologica SARS-CoV-2

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] Se 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' idoneità del campione e della sua custodia fino al momento del trasporto:
 Cognome e Nome: _____
 Firma dell'operatore _____

MATRICE BIOLOGICA: **Tampone Orofaringeo e Nasofaringeo** **Tampone Salivare**

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:

- Screening **URGENZA** **Sintomatologia compatibile con SARS-CoV-2**
- Contatto sintomatico/paucisintomatico** **Vaccinato.....** **Reinfezione**
- 1° Controllo guarigione** **2° Controllo guarigione**
- Gravidanza** **Intervento Chirurgico programmato il** _____ / _____ / _____
- DIMESSO** **RICOVERATO** **DECEDUTO**

Nome e Cognome del Medico Richiedente: _____

STRUTTURA RICHIEDENTE: S.S./S.C. _____ **Area Territoriale**

Per presa visione dell' idoneità del materiale/completeness della documentazione:

- oppure **Operatore della SC Analisi Cliniche** Nominativo _____ Firma _____
 Operatore Territoriale Nominativo _____ Firma _____