

TEST ANTIGENICO RAPIDO

SCHEDA DATI ANAGRAFICI

NOME: _____ COGNOME _____ M F

COMUNE DI NASCITA: _____ DATA DI NASCITA: __/__/____

CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COMUNE RESIDENZA: _____ (PROV. _____)

IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

CELLULARE: _____ ALTRO TELEFONO _____

MAIL _____@_____

PROFESSIONE: _____ MEDICO DI FAMIGLIA: _____

ASL DI RESIDENZA: _____

FREQUENTANTE LA SCUOLA " _____ " Classe _____ Comune _____

MOTIVAZIONE DEL TAMPONE

PRESENZA DI SINTOMI (febbre, tosse, difficoltà respiratoria, perdita olfatto o gusto)

Se sì, data _____

RIENTRO DALL'ESTERO

CONVOCATO DAL SERVIZIO DI IGIENE DELLA ASL

INVIATO DAL MEDICO DI FAMIGLIA

PER INIZIATIVA PERSONALE (COME CONTATTO DI CASO)

HA ATTIVATO L'APP IMMUNI Sì _____ NO _____

DATA _____ FIRMA _____

RISERVATO ALL'OPERATORE SANITARIO <i>(per il solo uso interno, da conservare e consegnare al SISIP)</i>		
DRIVE THROUGH _____	RISULTATO TEST	E' RICHIESTO INVIO REFERTO?
ORA ESECUZIONE TEST _____	POSITIVO <input type="checkbox"/>	SÌ <input type="checkbox"/>
Biosensor F200 <input type="checkbox"/> LuminaDx <input type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Numero progressivo scheda _____	OPERATORE _____	FIRMA _____