

## 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 \_\_\_\_\_

<b>RISERVATO ALL'OPERATORE SANITARIO</b> <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 _____