

TRIAGE PER TAMPONE

Il/la sig./ra _____ nato/a a _____ il
_____ numero di telefono _____
Residente in Via _____, città _____
e-mail _____.

MOTIVO PER CUI SI EFFETTUA IL TAMPONE		
900	Accertamento per caso sospetto	
903	Accertamento guarigione	
904	Screening ricovero / day service / altra prestazione	
905	Screening operatori sanitari	
906	Screening centri diurni, RSA/RSSA	
907	Screening strutture psichiatriche	
908	Screening personale farmacie e parafarmacie	
909	Controllo dopo test sierologico	
911	Sorveglianza scolastica	
914	Motivo non sanitario	
TEMPERATURA RILEVATA		
STATO DEL PAZIENTE	<input type="checkbox"/> Asintomatico	<input type="checkbox"/> Sintomatico

Cutrofiano lì,

Firma del paziente