

HOME

ANAGRAFICHE

ATTIVITÀ

SALVA

RICHIESTA DI TEST COVID-19

 UTENTE DIPENDENTE PRESSO IL PRESIDIO

* Assistito

NUOVO ASSISTITO

SCHEDA COVID 19

Indicare se soggetto esposto al
Coronavirus: Si No

Tipo contatto:

 Nessun contatto Contatto casuale Contatto stretto

Data Ultimo Contatto:

  

Caso diagnosticato da:

 dato non disponibile screening contact tracing paziente sintomatico

Presenza di patologie croniche:

 Si NoSe soggetto in gravidanza indicare la
data presumibile del parto:  

* Sintomi:

 Asintomatico Pauci-sintomatico Lieve Severo Critico

* Data Inizio Sintomi:

  

Data Prelievo Previsto:

17/10/2020

 

Test Rapido:

Area Competenza:

Area territoriale 

*** Tipologia Tampone:**

Selezionare ▼

Caso importato:

 No Si, da estero Si, da altra regione non noto

Provenienza Viaggio:

Seleziona Nazione ▼

Seleziona Regione ▼

Personale scolastico:

 No Docente Altro Personale Studente*** Collocazione:**

Domicilio ▼

Ospedale:

Selezionare ▼

Data Ricovero:

  

Utente trasportabile al punto fisso

 Si No

USCA:

PRELEVATORE :

Selezionare ▼

Scheda compilata da

LUCCHETTI ANTONIO

Data

16/10/2020

SALVA