

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