

## MODULO RICHIESTA SARS-COV-2 TEST



Il modulo deve essere inviato a: [covid.siesp@aslteramo.it](mailto:covid.siesp@aslteramo.it) e [valerio.profeta@aslteramo.it](mailto:valerio.profeta@aslteramo.it)

### DATI DEL SANITARIO LIBERO PROFESSIONISTA DA SOTTOPORRE A TAMPONE SARS-COV-2

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Residenza/Domicilio Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_)

Numero di cellulare per comunicazione referto SARS-CoV-2 test \_\_\_\_\_

Nominativo eventuali conviventi \_\_\_\_\_

Distretto di appartenenza \_\_\_\_\_

Ordine professionale di appartenenza: \_\_\_\_\_

*La compilazione incompleta e/o inesatta preclude l'avvio della procedura*

### VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DEL SANITARIO LIBERO PROFESSIONISTA DA SOTTOPORRE A TAMPONE SARS-COV-2

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (viventi o deceduti)  SI  No

Nominativo caso accertato \_\_\_\_\_

ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI)  SI  No

Nominativo caso sospetto o probabile \_\_\_\_\_

CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESI O LOCALITÀ A RISCHIO:  SI  No

CONTATTI CON CONVIVENTI DI CASI SOSPETTI  SI  No

PERSONA A RISCHIO DI SVILUPPARE FORMA SEVERA DELLA MALATTIA E FRAGILI  SI  No

INDIVIDUO SINTOMATICO ALL'INTERNO DI COMUNITÀ  SI  No

Denominazione della Comunità \_\_\_\_\_

### VALUTAZIONE CLINICA DEL SANITARIO LIBERO PROFESSIONISTA DA SOTTOPORRE A TAMPONE SARS-COV-2

**SINTOMATICO** Data comparsa sintomi \_\_\_\_\_

Temperatura Corporea uguale o maggiore a 37°C  SI (specificare TC ..... °C)  NO

malessere generale  dolori muscolari  anoressia  cefalea  congiuntivite

rinorrea  dis/anosmia  dis/ageusia  mal di gola  tosse

difficoltà respiratorie  vomito  diarrea  altro \_\_\_\_\_

**ASINTOMATICO** (ab origine)  **DECEDUTO**  **OPERATORE SANITARIO** presso \_\_\_\_\_

**CLINICAMENTE GUARITO** Data risoluzione quadro clinico \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_