COVID-19 - SARS-CoV-2 – richiesta per utenti esterni

Timbro **MEDICO/REPARTO** (Se sprovvisti di timbro indicare **Cognome, Nome, CAP e Luogo**)	**DATI PERSONALI DEL PAZIENTE (anche se dall'estero)** **TUTTI CAMPI SONO OBBLIGATORI, SCRIVERE IN STAMPATELLO**
	Nato il .....
	Cognome .....
	Nome .....
Data del prelievo: _____	Via .....
Comunicazione del risultato **POSITIVO per PCR**	CAP/Luogo .....
	Nazionalità .....
Cellulare medico: _____	Cellulare .....
Fax medico _____	Cassa Malati .....

☐ CP Lugano ☐ CP Mendrisio ☐ CP Giubiasco ☐ CP Locarno ☐ CP 3 Valli

Campione per tipo di analisi

☐ Nasofaringeo
☐ Espettorato indotto } ricerca in PCR
☐ BAL
☐ Altro _____
☐ Provetta per siero
tappo giallo sole➔sierol. IgG

Medico curante in copia ....
(facolativo) Cognome e Nome Luogo

Casa Anziani/Istituto ..... Nr. Tel .....

CAP e Luogo ..... Nr. Fax .....

☐ **Screening COVID-19 - SARS-CoV-2 mediante PCR**

Utilizzare sempre il Kit COVID-19 fornito dal Servizio di Microbiologia EOLAB

☐ **Sierologia IgG per il COVID-19 (Costo CHF 50.-)**

- Se allegata la prescrizione del medico cantonale, il test sarà fatturato all'assicuratore malattia.
- **Senza prescrizione del medico cantonale il test sarà fatturato al medico richiedente**.