**SCHEDA PROPOSTA RICHIESTA TAMPONI “PERCORSO GUARITI”**

**DATI PAZIENTE:**

1. NOME :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. COGNOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. TELEFONO :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. INDIRIZZO (VIA e CITTA’):
6. E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. NON DEAMBULABILE □
8. PROFESSIONE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se OPERATORE SANITARIO specificare struttura di appartenenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’effettuazione dei tamponi “percorso guariti” è riservata al soggetto che da **almeno 14 giorni non presenta più sintomatologia clinica** e che appartiene alle seguenti categorie, in ordine di priorità:

**□ CITTADINI RISULTATI POSITIVI CON TAMPONE (sarà data priorità massima agli operatori sanitari)**

**□ CONVIVENTI DI SOGGETTI POSITIVI AL TAMPONE CHE HANNO PRESENTATO SINTOMI E NON SONO STATI TESTATI**

**□ CITTADINI CHE HANNO MANIFESTATO SINTOMI SUGGESTIVI DI INFEZIONE DA SARS-COVID-19 E NON SONO STATI TESTATI**

**INFORMAZIONI CLINICHE:**

* data inizio sintomi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* data fine sintomi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inviare il modulo esclusivamente al seguente indirizzo mail: [prevenzione.av2@sanita.marche.it](mailto:prevenzione.av2@sanita.marche.it)