**SCHEDA PROPOSTA RICHIESTA TAMPONI “PERCORSO TEST SIEROLOGICO” IN CITTADINI ASINTOMATICI e INSERIMENTO IN “ISOLAMENTO DOMICILIARE”**

**DATI PAZIENTE:**

1. NOME :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. COGNOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. TELEFONO :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. INDIRIZZO MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. INDIRIZZO (VIA e CITTA’):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Non deambulabile □
2. PROFESSIONE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se OPERATORE SANITARIO\* specificare struttura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*non dipendente Asur, Aziende Ospedaliere, INRCA**

1. SE OSPITE STRUTTURA RESIDENZIALE (specificare struttura):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. TEST SIEROLOGICI\* Data test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IGM + | IGM+ e IGG+ | IGG+ |

**\*Allegare referto**

1. Se contatto stretto di un COVID POSITIVO, specificare nominativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e data ultimo contatto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**inviare a:** **prevenzione.av2@sanita.marche.it**