

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> <b>EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	<b>Modulo richiesta invio provette</b> <b>FORTE</b>	Pag. 1 di 1
		SSA.MO.002
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 01/10/2010

INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO  
**MODULO RICHIESTA INVIO PROVETTA PAZIENTE FORTE**

CODICE REPARTO RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_ OSPEDALE: \_\_\_\_\_

DATA PRELIEVO: \_\_\_\_\_ NOMINATIVO PAZIENTE FORTE: \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_

<b>Provetta TAPPO GIALLO</b>
<input type="checkbox"/> 471 – HBsAg
<input type="checkbox"/> 480 – HCV-Ab
<input type="checkbox"/> 488 – HIV 1-2 Ab/Ag

Inviare referto al Medico di Guardia del P.S. di : \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_

Modalità di invio del referto:

N° FAX: \_\_\_\_\_

Via telematica

Il medico di P.S.

\_\_\_\_\_

NB: Il presente modulo deve essere SEMPRE inviato al Laboratorio insieme alla provetta del paziente FORTE