

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Modulo richiesta invio provette FORTE	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: _____

Provetta TAPPO GIALLO
<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