

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Modulo richiesta invio provette LAVORATORE INFORTUNATO	Pag. 1 di 1
		SSA.MO.003
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 01/10/2010

**INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO
RICHIESTA ESAMI LAVORATORE INFORTUNATO**

CODICE REPARTO RICHIEDENTE: _____ OSPEDALE: _____

NOMINATIVO OPERATORE INFORTUNATO _____

DATA DI NASCITA: _____ DATA PRELIEVO: _____

Provetta TAPPO GIALLO
<input type="checkbox"/> 471 – HBsAg
<input type="checkbox"/> 473 – HBsAb
<input type="checkbox"/> 480 – HCV-Ab
<input type="checkbox"/> 488 – HIV 1-2 Ab/Ag
<input type="checkbox"/> HCG-Beta

Provetta TAPPO VIOLA
<input type="checkbox"/> 0021– Emocromo

Provetta TAPPO ROSSO
<input type="checkbox"/> 147 - Amilasi
<input type="checkbox"/> 103 – Creatinina
<input type="checkbox"/> 101 – Glucosio
<input type="checkbox"/> 132 – GPT

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 dell'OPERATORE INFORTUNATO