

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Modulo esecuzione follow up	Pag. 1 di 1
		SSA.MO.004
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 01/10/2010

FOLLOW-UP (PROMEMORIA PER IL DIPENDENTE)

Nome Cognome: _____ Data nascita: _____

Servizio: _____

Data Infortunio: _____

CONTROLLI DA ESEGUIRE

	Transaminasi	HIV	HCV	HBV	HDV
DATA 1° CONTROLLO (6 sett.): _____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ORna	
DATA 2° CONTROLLO (3 mesi): _____	<input type="radio"/>				
DATA 3° CONTROLLO (6 mesi): _____	<input type="radio"/>				

Data: _____

La Referente Sorveglianza Sanitaria

Data: _____

Firma Dipendente per accettazione
