

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	<b>Modulo trasmissione degli esami          del paziente fonte</b>	Pag. 1 di 1
		SSA.MO.009
Sorveglianza Sanitaria Aziendale		Rev. 0 del 01/10/2010

**MODULO TRASMISSIONE DEGLI ESAMI DEL PAZIENTE FONTE**  
 RISCHIO BIOLOGICO OPERATORI AZIENDA USL

Data, \_\_\_\_\_

Al Responsabile: \_\_\_\_\_

U.O./Servizio: \_\_\_\_\_

Si trasmette in allegato copia degli esami eseguiti al/alla Sig./ra:

\_\_\_\_\_

paziente-fonte nell'infortunio a rischio biologico occorso all'operatore:

\_\_\_\_\_

della Sua U.O./Servizio in data: \_\_\_\_\_.

Sarà Sua cura comunicare l'esito degli accertamenti al paziente, così come previsto dalla procedura aziendale "*Gestione dell' infortunio per esposizione a rischio biologico nell'Azienda USL di Modena*" in essere.

A disposizione per eventuali chiarimenti, cordiali saluti.

La Referente SSA