

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Modulo trasmissione degli esami del paziente fonte	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