

**Paziente**  Sig.  Sig.ra ,

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_  F  M Vostro riferimento \_\_\_\_\_

Presso / Rappresentante legale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Codice postale \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Gravidanza \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
Sett \_\_\_\_\_

**Compilazione:** corretto  non corretto

**Comunicazione**

Urgente

Telefono

Fax

\_\_\_\_\_

**Copia(e)**  Paziente  Dr. (Coord. compl.)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice postale \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Altra copia \_\_\_\_\_

Fattura: (Per favore, indicare le coordinate complete)

Paziente  Medico  Altro-precisare sotto

N° \_\_\_\_\_

**Richiedente**

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

**Riservato al laboratorio**

Prelievo  EDTA  Metalli Vacu

Domicilio  Con gel  Metalli Mono

\_\_\_\_\_ CP  Senza gel  Urina / Altro

\_\_\_\_\_ km  Eparina  e-swab

\_\_\_\_\_ Inf  Citrato 1+4  Provetta sterile

Citrato 1+9  Emoc

Fluoruro  Altro

Informazioni cliniche / Altre analisi \_\_\_\_\_

Urina 24h \_\_\_\_\_ ml

## SARS-CoV-2

### MATERIALE ANALITICO:

Invio del campione nell'apposita busta Blu (riservata esclusivamente per l'analisi del SARS CoV 2)

- |   |   |                                       |                                 |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tampone nasofaringeo | <input type="checkbox"/> Tampone naso     | <input type="checkbox"/> Tampone gola | <input type="checkbox"/> Saliva |
| <input type="checkbox"/> Risciacquo           | <input type="checkbox"/> Pool: 10 persone | <input type="checkbox"/> Siero        |                                 |

### DATI CLINICI:

- Sintomi acuti d'infezione delle vie respiratorie:  SI  NO
- Altro: \_\_\_\_\_
- Già eseguito test rapido Ag SARS CoV 2:  SI  NO Se si risultato: \_\_\_\_\_

### ⚠️ DATI OBBLIGATORI IN CASO DI VIAGGIO:

- Passaporto nr.: \_\_\_\_\_ Carta ID nr.: \_\_\_\_\_
- Risultato in lingua:  Italiano  Inglese

### ANALISI MICROBIOLOGICA

- 017212  Tampone Nasofaringeo Coronavirus SARS-CoV-2 (PCR)°
- 011211  Tampone Gola Coronavirus SARS-CoV-2 (PCR)°
- 08324  Saliva Coronavirus SARS-CoV-2 (PCR)°
- Risciacquo Coronavirus SARS-CoV-2 (PCR)°
- 08327  Pool Saliva (10) Coronavirus SARS-CoV-2 (PCR) °

### ANALISI SIEROLOGICA

- 7475**  Anticorpi Sars CoV-2 IgG (Screening) § ©
- 7497**  Anticorpi Sars CoV-2 IgM (CMIA) ) § ©
- 7477**  Anticorpi Sars CoV-2 IgA (EIA) °©
- Paziente vaccinato:  SI  NO
- 1°dose \_\_\_\_\_ 2°dose \_\_\_\_\_

### ⚠️ FATTURAZIONE:

- Analisi richiesta secondo la strategia di presa a carico UFSP**
- Cassa Malati : \_\_\_\_\_
- Nr. Assicurato : \_\_\_\_\_
- Analisi richiesta dal datore di lavoro**
- Analisi richiesta su desiderio del paziente (costi a carico del pz)**
- Ufficio del medico cantonale**
- Altro:**



020031200076

0000

COVID-19 V7-IT-Aprile 2021

Unilabs Ticino  
Via Rovere 8 - CH-6932 Breganzona - Switzerland  
Tel: +41 (0)91 960 73 73 / Fax: +41 (0)91 960 73 74

\*Analisi eseguita presso la sede di Losanna  
§ analisi non accreditata

\*\*Analisi eseguita presso la sede di Coppet  
© analisi non rimborsate dalla cassa malati