

Indicare nome, cognome e data del prelievo

Paziente Sig. Sig.ra

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____ Vostro riferimento _____

Presso / Rappresentante legale F M _____

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

Depistaggio Coronavirus

ANALISI MICROBIOLOGICHE

Prelievo: Striscio naso-faringeo.

Invio del campione nel kit apposito (Riservato esclusivamente all' analisi per SARS-COV-2)

(In caso di richiesta per il test di depistaggio <influenza A/B e RSV> necessitiamo di un doppio tampone)



017212 **Coronavirus SARS-COV-2**

017213 **Coronavirus SARS-CoV-2 + Influenza A/B et RSV**

(Il test di depistaggio <influenza A/B e (RSV)> verrà effettuato solo se il test SARS-COV-2 risulterà negativo)

017214 **Coronavirus SARS-COV-2 + Pannello respiratorio**

INFORMAZIONI CLINICHE

- Febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ si no
- Sintomi acuti di infezione delle vie respiratorie (ad es. tosse o difficoltà respiratorie) si no

MOTIVAZIONE RICHIESTA DEL TEST A FINI DI FATTURAZIONE, SELEZIONARE UNA DELLE TRE OPZIONI

- Il paziente presenta sintomi associabili al Covid 19 / Fattura in cassa malati si no
- Il test è stato richiesto specificatamente dalla autorità cantonali / Fattura diretta al Cantone si no
- Il paziente non presenta sintomi conclamati associabili al Covid 19 / Fattura diretta al paziente si no

CRITERI DI CAMPIONAMENTO (Stato: 11.03.2020)

Le analisi di laboratorio sono raccomandate per tutte le persone che soddisfano i criteri di sospetto e uno dei criteri seguenti:

- Sintomi gravi, ovvero criteri medici per il ricovero in ospedale
- Polmonite bilaterale (o ADRS) di eziologia indeterminata con ricovero in ospedale
- Persone particolarmente a rischio (età > 65 anni, ipertensione arteriosa, diabete, malattie cardiovascolari, malattie croniche delle vie respiratorie, immunosoppressione, cancro)
- Professionisti della sanità che hanno avuto contatti con pazienti oppure ospiti di case di cura



COVID-19 V3-IT-Mars 2020