

Dipartimento per la gestione integrata del rischio infettivo

Microbiologia UOC

RICHIESTA DI ESAMI MICROBIOLOGICI IN CASO DI BLOCCO INFORMATICO

Data: _____

U.O./Reparto Richiedente: _____

Medico/Sanitario Richiedente (Nome e Cognome): _____

Telefono Struttura per comunicazioni: _____

FAX della struttura per l'invio del referto: _____

oppure

E-mail della struttura per l'invio del referto _____

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Nome e Cognome: _____

Data di Nascita: _____ **Sesso** _____

Codice Fiscale: _____

ESAME RICHIEDIBILE CON CARATTERE D'URGENZA

☐

Materiale _____

Timbro e Firma del Medico

Istruzioni per la compilazione:

- Assicurarsi che la richiesta sia compilata in modo chiaro e leggibile.
- Compilare accuratamente tutti i campi relativi al paziente.
- Descrivere gli esami richiesti.
- Indicare chiaramente il nome, il cognome e il telefono del medico richiedente o della struttura per eventuali comunicazioni.
- Fornire il numero di FAX o dell'e-mail della struttura richiedente per l'invio del referto.
- Il medico richiedente deve firmare e timbrare la richiesta.