COVID-19 - SARS-CoV-2 – richiesta per utenti esterni

Timbro **MEDICO/REPARTO**
(Se sprovvisti di timbro indicare **Cognome, Nome, CAP e Luogo**)

Data del prelievo: _____

Comunicazione del risultato **POSITIVO per PCR**

Cellulare medico: _____

Fax medico _____

DATI PERSONALI DEL PAZIENTE (anche se dall'estero)
TUTTI CAMPI SONO OBBLIGATORI, SCRIVERE IN STAMPATELLO

Nato il .....
Cognome .....
Nome .....
Via .....
CAP/Luogo .....
Nazionalità .....
Cellulare .....
Cassa Malati .....

Se il paziente desidera ricevere il **certificato COVID in automatico** deve accedere all'applicazione COVID Cert, cliccare il simbolo ⊕ , cliccare "**crea codice di trasferimento**", il codice alfanumerico è da trascrivere nei campi rossi.

TRANSFER CODE

☐ CP Lugano ☐ CP Mendrisio ☐ CP Giubiasco ☐ CP Locarno ☐ CP 3 Valli

Campione per tipo di analisi

☐ Nasofaringeo
☐ Espettorato indotto } ricerca in PCR
☐ BAL
☐ Altro _____
☐ Provetta per siero
tappo giallo sole➔sierol. IgG

Motivo richiesta SCREENING COVID-19 (campo obbligatorio)

☐ Fattura alla Cassa Malati solo se almeno uno dei criteri della strategia di prelievo dei campioni dell'UFSP è soddisfatto

☐ Su richiesta del paziente (NON rimborsabile dalla Cassa Malati)

☐ Fattura al datore di lavoro o altro ente → *Indicare cognome/nome/indirizzo*
.....

☐ Tampone viaggio → *fatturato al paziente (completare indirizzo dati personali)*

Medico curante in copia ....
(facolativo) Cognome e Nome Luogo

Casa Anziani/Istituto ..... Nr. Tel .....

CAP e Luogo ..... Nr. Fax .....

☐ **Screening COVID-19 - SARS-CoV-2 mediante PCR**

Utilizzare sempre il Kit COVID-19 fornito dal Servizio di Microbiologia EOLAB

☐ **Sierologia IgG per il COVID-19 (Costo CHF 50.-)**
- Se allegata la prescrizione del medico cantonale, il test sarà fatturato all'assicuratore malattia.
- **Senza prescrizione del medico cantonale il test sarà fatturato al medico richiedente**.