

NOME e COGNOME .....

C.F .....

PRENOTAZIONE: DATA ..... ORA .....

Non è possibile effettuare il test richiesto ed è necessario contattare immediatamente le autorità sanitarie competenti (medico di famiglia; numeri di emergenza 112 e/o 1500) per la valutazione del caso ed adeguate azioni conseguenti se:

E' in regime di quarantena preventiva o legata alla presenza di tampone positivo e malattia in atto

SI  NO

Ha uno di questi sintomi (barrare i sintomi presenti)

febbre

diarrea

congiuntivite

sindrome influenzale

malessere diffuso

tosse secca e affanno

perdita temporanea della percezione di odori e sapori