



Servizio Sanitario della Toscana

16. Allegato 3 – Richiesta tampone

Medico richiedente

Nome

email

Cognome

Telefono

AFT

Utente

Nome

Cognome

Codice Fiscale

Indirizzo

n. civico

Località

Telefono 1

Telefono2

Sintomatico Si No

Professionista sanitario Si No

Altre patologie maggiori (specificare quali)

Si richiede tampone per:

Fine termine quarantena

Dimissioni da struttura residenziale/ospedaliera

Contatto con paziente COVID-19 positivo

Sintomatologia coerente COVID-19

Paziente in attesa di cure per alter patologie (es. Oncologico, trapiantato, ecc.)

Note