

**Anagrafica paziente**

Cognome e Nome _____ data di nascita __/__/____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Comune _____

Telefono _____

MMG RICHIEDENTE

Cognome e nome _____

e-mail crs _____ telefono _____

Richiesta del __/__/____ ora __: __

ACCERTAMENTO

Data __/__/____ ora __: __

SEDE AMBULATORIO Centro Territoriale COVID - via Morelli Brescia DOMICILIO**Dati****integrativi a corredo della richiesta** (anamnestici, terapeutici ecc.)

Quadro Clinico T corporea pari a _____ Anosmia Tosse Ageusia Dispnea Inappetenza Astenia Sintomi gastrointestinali Altro _____

% SatO2 _____

F.R. _____

P.A. _____

F.C. _____

TEST del CAMMINO 30 sec _____

Esame obiettivo

Epicrisi

Effettuato tampone: SI NO

Sono stati effettuati i seguenti accertamenti:

- Esami ematochimici
- Esame delle urine
- ECG
- Consulenza specialistica

disponibili su Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Cognome e nome Medico USCA _____

Data __ / __ / ____ ora __: __
