

ALLEGATO B

MODULO ACCOMPAGNATORIO TAMPONE OROFARINGEO CASO SOSPETTO A/H1N1

numero verde 348 4076894

<u>DATA PRELIEVO</u>	
<u>NOMINATIVO PAZIENTE</u>	
<u>NUMERO TELEFONICO PAZIENTE</u>	

<u>NOMINATIVO MEDICO CURANTE</u>			
<u>INDIRIZZO e-MAIL MEDICO CURANTE</u>			
<u>NUMERO TELEFONICO DEL MEDICO CURANTE</u>			
<u>MODALITA' RICEZIONE REFERTO*</u>	e-MAIL	SMS	TELEFONICA
<u>LABORATORIO DI RIFERIMENTO</u>	A		B

* BARRARE UNA DELLE MODALITA'

** PER SIENA / AREZZO / GROSSETO e provincia riportare "A": DIP. FISIOPATOLOGIA PUBBLICA, MEDICINA SPERIMENTALE e SANITA' PUBBLICA ,
via Aldo Moro S. Miniato - 53100 Siena.

PER FIRENZE e provincia riportare "B": DIP. FISIOPATOLOGIA PUBBLICA, MEDICINA SPERIMENTALE e SANITA' PUBBLICA
viale G.B. Morgagni, 48 – 50134 Firenze.

FIRMA DEL MEDICO