DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO Direttore Dott. G. NATALE
U.O.a. MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA
MICROBIOLOGIA Responsabile D.ssa R.MILANO (tel.39.36)

COGNOME ……………………………. NOME ………………………………..

DATA NASCITA |__|__|__|__|__|__|__| REPARTO……………………………. ❏ OAS ❏ OBV ❏ OMV

NOTIZIE CLINICHE DATA RICOVERO |__|__|__|__|__|__|__| DIAGNOSI (presunta o accertata)……………………………………………………………………………………….
PZ. IMMUNODEPRESSO ❏ **NO** ❏ **SI**
IPERTERMIA ❏ **NO** ❏ **SI** Se si, ipertermia nei 10 giorni precedenti il prelievo? ❏ **NO** ❏ **SI**
TERAPIA ANTIBIOTICA ❏ **NO** ❏ **SI** ……………………………………………………………. .
PZ. PORTATORE DI ❏ Catetere vescicale ❏ Cannula tracheostomica ❏ Drenaggio tipo………..……………... ❏ CVP ❏ CVC ❏ Port/Groshong ❏ Altro

EMOCOLTURA

1° SET ora …………….	☐ AEROBIO ☐ ANAEROBIO		
2° SET ora …………….	☐ AEROBIO ☐ ANAEROBIO		
3° SET ora …………….	☐ AEROBIO ☐ ANAEROBIO		

NOTE
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
……………………………
………………

Data………………………………….. Medico Richiedente ……………………………………… Tel…………………………………….

N. B. : LA COMPILAZIONE COMPLETA DEI CAMPI "NOTIZIE CLINICHE" E' INDISPENSABILE PER UNA BUONA GESTIONE DEL CAMPIONE DA PARTE DEL LABORATORIO RICEVENTE

MOD. 4A/2005