



Incollare etichetta o compilare

Cognome

Nome

Sesso F M

Data di nascita **Data prelievo**.....

REPARTO RICHIEDENTE

Covid C <tel:8348> fax: 8040

Covid AB <tel:8360> fax: 8038

2 medicina covid <tel:8364> fax: 8037

Ostetricia covid <tel:5344> fax: 5035

Covid Malattie infettive <tel:5681/6635/8910>
fax:5031/8911

Covid Malattie inf. Tropicali <tel:5682> fax:5030

Covid Rianimazione 1 <tel:8367> fax:8037

Si richiede oltre alla sierologia anti SARS-CoV-2 nucleocapside anche esecuzione sierologia anti spike per studio VaxImpactBs.

MEDICO RICHIEDENTE

Cognome

Nome

Badge

Tel

Firma.....