

FICHA DE NOTIFICACIÓN Y SOLICITUD DE PCR PARA COVID 19**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: _____

Tipo / N° de documento: _____ Fecha de nacimiento: __ / __ / __

Domicilio real: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____

Fecha toma de muestra: __ / __ / __

Tipo de muestra: Hisop. Nasofaríngeo Hisop. Orofaringeo Saliva Mini-BAL¿Presenta síntomas? SI Fecha inicio: __ / __ / __ NOEn caso afirmativo: Fiebre Tos Mialgia Dolor de garganta Pérdida del olfato Dificultad para respirar Pérdida del gusto

Otro: _____

 Paciente ambulatorio Paciente internadoEmbarazada: SI NO¿Tuvo COVID? SI NO Fecha del diagnóstico: __ / __ / __¿Vacunado? SI NO Vacuna: _____ 1° dosis: __ / __ / __ 2° dosis: __ / __ / __¿Regresó del exterior? SI NO Fecha: __ / __ / __**MOTIVO DEL PEDIDO** Prequirúrgico Ingreso geriátrico Viaje Fecha: __ / __ / __ Origen: _____ Destino: _____ Otro Indicar motivo: _____**PROFESIONALES INTERVINIENTES**

Nombre del Laboratorio: _____

Nombre y Apellido del Bioquímico: _____

Dirección: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Médico solicitante: _____

Denunciado en SISA: SI ID: _____ NO Requiere: Certificado ID_____
Firma y Sello del profesional