



Organizzazione U.O.C. Laboratorio di Virologia e Laboratori di Biosicurezza

Richiesta test sierologico per HIV

Istituto/Reparto _____

Cognome _____

Nome _____ **Sesso** | M | | F |

Nato a _____ **Prov** _____ **il** | _ | | _ | | _ | | _ | | _ |

Residente in _____ **Prov** _____

Esame richiesto:

Anticorpi HIV-1/2

E' la prima volta che esegue il test **SI** | _ | **NO** | _ |

Già eseguito in questo Centro **SI** | _ | **NO** | _ |

Risultato precedente **POS** | _ | **NEG** | _ |

Data test precedente | _ | | _ | | _ | | _ | | _ |

Note _____

Data richiesta | _ | | _ | | _ | | _ | | _ |

Il medico richiedente

Firma leggibile