



ordine dei medici  
e degli odontoiatri  
della provincia di salerno

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI  
IL PRESIDENTE



in collaborazione con

Istituto Zooprofilattico  
Sperimentale  
del Mezzogiorno

logistica



# Test sierologico per IgM e IgG anti SARS-CoV-2 Tampone naso faringeo

**PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI SALERNO  
esteso al personale di studio**

**Domenica 21 giugno 2020 ore 9:00 - 13:00**  
parcheggio comunale davanti al  
**Decathlon di Montecorvino Pugliano**  
uscita autostrada A3 Montecorvino P/Pontecagnano sud

L'indagine epidemiologica si rende utile per verificare lo stato di salute e l'eventuale presenza di anticorpi nella popolazione dei dentisti della provincia di Salerno e del personale di studio, per la prevenzione da COVID-19.

**Per una maggiore tranquillità nell'esercizio della professione, nell'interesse dei pazienti, del personale di studio e degli operatori, a garanzia delle cure odontoiatriche.**

Confido in una massiccia adesione, per ottenere dati utili e un'adeguata sorveglianza della nostra categoria.

**La logistica individuata**, in zona mediana della nostra provincia, immediatamente a ridosso dell'entrata e dell'uscita dall'*autostrada A3, svincolo di Montecorvino Pugliano /Pontecagnano sud*, consente di evitare il traffico delle città e le difficoltà di parcheggio.

**Gli ampi spazi permetteranno**

- di allestire un **ambulatorio con centro prelievo**
- di rivederci, dopo molto tempo, rispettando il distanziamento sociale
- il deflusso da un punto differente dall'accesso
- all'occorrenza, i **prelievi** potrebbero avvenire **anche in modalità *drive in***, cioè rimanendo in automobile

Cordiali saluti ed a presto.

Salerno 14 giugno 2020

Gaetano Ciancio

**SCREENING GRATUITO - ADESIONE VOLONTARIA ESTESA ANCHE AL PERSONALE DI STUDIO**

**PRENOTAZIONE OBBLIGATORIA - NON SARANNO AMMESSI I NON PRENOTATI**

PER PREDISPORRE UN NUMERO DI KIT DIAGNOSTICI ADEGUATI ALLA RICHIESTA

dal sito [www.caosalerno.it](http://www.caosalerno.it)

# Il presente modulo dovrà essere compilato per tempo e consegnato al momento dell'effettuazione del tampone



ALLEGATO 1

A.O /P.O. \_\_\_\_\_

## SCHEDA PER LA RICHIESTA DI TEST PER SOSPETTO SARS-CoV\_2

### PAZIENTE

COGNOME:	NOME:
Data di nascita	Comune di nascita:

### Domicilio

COMUNE	PROVINCIA
Via/n.:	
TEL 1	TEL 2

### Residenza (se diversa dal domicilio)

COMUNE	PROVINCIA
Via/n.:	

### SINTOMI

<input type="checkbox"/> Asintomatico	<input type="checkbox"/> Pauci-sintomatico	<input type="checkbox"/> Lieve	DATA PRELIEVO ____ / ____ / 2020
<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Deceduto	

### COLLOCAZIONE

<input type="checkbox"/> Pz A DOMICILIO		
<input type="checkbox"/> Pz IN REPARTO	OSPEDALE:	PROV:
<input type="checkbox"/> Pz IN TERAPIA INTENSIVA		

INDIRIZZO MAIL (o N. FAX) A CUI TRASMETTERE IL REFERTO

### Identificativo e firma del Medico/Operatore della struttura richiedente o delegato

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Medico ospedaliero  MMG/PLS/C.A.  Medico/operatore 118 Firma del richiedente

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL LABORATORIO DI MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA P.O. \_\_\_\_\_

PRESTAZIONI ESEGUITE	Data	ORA	ESITO

Timbro e firma del Dirigente Sanitario che effettua la prestazione

**PRENOTAZIONE OBBLIGATORIA**

**NON SARANNO AMMESSI I NON PRENOTATI**

PER PREDISPORRE UN NUMERO DI KIT  
DIAGNOTICI ADEGUATI ALLA RICHIESTA

dal sito [www.caosalerno.it](http://www.caosalerno.it)