

	Direzione Sanitaria DICHIARAZIONE MEDICA DI EVENTO ACCIDENTALE A RISCHIO BIOLOGICO	Mod. 0168	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>dichiarazione medico</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

DATA: _____ ORA: _____

Sig. _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Qualifica _____ Reparto _____

VALUTAZIONE CLINICA: _____

NOTIZIE RELATIVE ALLA FONTE DEL CONTAGIO: _____

ESAMI DA RICHIEDERE AL PAZIENTE-FONTE: _____

ESAMI RICHIESTI AL DIPENDENTE: _____

PROVVEDIMENTI CONSIGLIATI: _____

NECESSITA' DI SOTTOPORRE IL DIPENDENTE ALLA PROFILASSI FARMACOLOGICA POST ESPOSIZIONE:

☐ SI ☐ NO

Il Medico _____