



EOLAB - Servizio di microbiologia
CENTRO NAZIONALE DI REFERENZA PER LEGIONELLA

via Mirasole 22A, 6500 Bellinzona
 Tel. 091 811 17 17
www.legionelle.ch

Invio di prelievi clinici o ceppi di *Legionella spp.*
Conferme – Coltura – PCR – Identificazione – Tipizzazione

Paziente

Cognome: _____ Nome: _____
 Nato il: ____/____/____ Sesso: m f
 Via: _____ No.: _____
 CAP: _____ Località: _____

Tipo di prelievo e analisi richieste

Vostro No. Referenza interno _____ Data del prelievo: ____/____/____

	Espettorato	Aspirato	BAL	DNA	Urina	Ceppo clinico	Ceppo ambientale
Coltura <i>Legionella spp.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
PCR <i>Legionella spp.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Conferma Antigene					<input type="checkbox"/>		
Identificazione/Typing						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (precisare)							

Analisi già eseguite presso il vostro laboratorio

Antigene nelle Urine positivo negativo non eseguito Data ____/____/____
 PCR Legionella positivo negativo non eseguito Data ____/____/____
 Coltura positivo negativo non eseguito Data ____/____/____
 Identificazione Lp1 Lp2-14 L.spp. Data ____/____/____

Altro (precisare) _____

Laboratorio:

Timbro o Nome e Indirizzo

Trasmissione del risultato tramite:

- Posta A
- Fax*: _____
- email (HIN)*: _____

*Il richiedente garantisce la confidenzialità della trasmissione