

Allegato 3 – Checklist di valutazione all'ingresso del visitatore

PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE DA SARS-COV-2 IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-SANITARIE

SCHEDA DI SCREENING PER INGRESSO DI VISITATORI

Le persone anziane e le persone con disabilità, affette da patologie croniche o disabilitanti costituiscono la fascia di popolazione più vulnerabile, in caso di contagio da nuovo Coronavirus, a sviluppare evoluzioni del quadro clinico gravi caratterizzate dal tasso più elevato di possibili esiti infausti.

Per questo motivo l'accesso da parte di parenti e visitatori alle strutture è limitato ai casi autorizzati dalla Direzione sanitaria, che è tenuta ad adottare tutte le misure previste per prevenire possibili trasmissioni di infezione.

È necessaria la massima collaborazione di tutti al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza a tutti gli ospiti.

Le chiediamo quindi di rispondere alle seguenti domande:

Negli ultimi 14 gg:

- ha avuto un contatto stretto* o convivono con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?
- ha avuto un contatto stretto* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
- ha avuto un contatto stretto* con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
- ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?
- è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19?
- è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19?
- Ha effettuato negli ultimi 14 giorni VIAGGI in PAESI ESTERI extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art. 6 comma 2 del DPCM 11 Giugno 2020? (Decreto RER 144 del 13/07/2020)

* I contatti stretti di casi sospetti, probabili o confermati di COVID-19, negli ultimi 14 giorni, sono definiti come coloro che:

- hanno avuto un contatto fisico diretto con un individuo (per esempio la stretta di mano);
- hanno avuto un contatto diretto non protetto con delle secrezioni di un altro individuo (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un altro individuo, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti;
- si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa), con un altro individuo, per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro.
- sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti all'insorgenza dei sintomi nel caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento.

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?

TC _____

febbre (temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$)

(da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura da parte del personale designato)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> tosse | <input type="checkbox"/> congiuntivite |
| <input type="checkbox"/> astenia | <input type="checkbox"/> diarrea |
| <input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi | <input type="checkbox"/> vomito |
| <input type="checkbox"/> mal di testa | <input type="checkbox"/> aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali |
| <input type="checkbox"/> raffreddore (naso chiuso e/o rinorrea) | <input type="checkbox"/> Anosmia (disturbi nella percezione di odore) |
| <input type="checkbox"/> mal di gola | <input type="checkbox"/> A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto) |

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____	Nome _____
Data di Nascita _____	Luogo di Nascita _____
Comune di Residenza _____	Via _____
Domicilio attuale (se diverso dalla residenza)	
Comune di Domicilio _____	Via _____
Contatto telefonico _____	email _____

In base alla valutazione effettuata dal personale della struttura è autorizzato all'accesso alla struttura

SI NO

per la visita alla/al Sig.ra/Sig. _____

Altro motivo

Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato)

Nome Cognome _____ Firma _____

Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 30 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto.

Il presente modulo sarà conservato all'interno della struttura secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla direzione della struttura.

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.

Data _____ **Firma** _____