

	CASA DI RIPOSO SAN GIUSEPPE Orgiano	
	Checklist di valutazione all'ingresso	

Visitatore _____ Telefono: _____
OSPITE _____

L'accesso da parte di parenti e visitatori alle strutture è limitato ed 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 giorni

SI	NO	ha avuto un contatto stretto* o ha convissuto con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)
SI	NO	ha avuto un contatto stretto* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)
SI	NO	ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?
SI	NO	è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19
SI	NO	è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19

*** I contatti stretti di COVID-19 sono definiti come coloro che negli ultimi 14 giorni:**

- 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

SI	NO	febbre (temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) - da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura
SI	NO	tosse
SI	NO	astenia
SI	NO	dolori muscolari diffusi
SI	NO	mal di testa
SI	NO	raffreddore
SI	NO	mal di gola
SI	NO	congiuntivite
SI	NO	diarrea
SI	NO	vomito
SI	NO	aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali
SI	NO	Anosmia (disturbi nella percezione di odore)
SI	NO	A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto)

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

SI

NO

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

o per altro motivo _____

SI	NO	Ha presentato Certificazione Verde Covid 19 o altra attestazione (non autocertificazione) delle stesse condizioni
----	----	---

Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato)

Nome Cognome _____ Firma _____

Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 14 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 _____