

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

SCHEDA DI SCREENING PER INGRESSO PERSONALE ESTERNO

Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande, **evidenziando che nel caso di anche solo una risposta affermativa non dovrà essere eseguita la prestazione:**

<p>Negli ultimi 14 gg:</p> <p><input type="checkbox"/> ha avuto un contatto stretto* o convivono con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?</p> <p><input type="checkbox"/> ha avuto un contatto stretto* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> ha avuto un contatto stretto* con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19?</p>
--

* 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.

<p>Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?</p> <p><input type="checkbox"/> febbre (temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$)</p> <p><i>(da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura da parte del personale designato)</i></p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> tosse</td><td><input type="checkbox"/> congiuntivite</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> astenia</td><td><input type="checkbox"/> diarrea</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi</td><td><input type="checkbox"/> vomito</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> mal di testa</td><td><input type="checkbox"/> aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> raffreddore (naso chiuso e/o rinorrea)</td><td><input type="checkbox"/> Anosmia (disturbi nella percezione di odore)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> mal di gola</td><td><input type="checkbox"/> A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto)</td></tr></table>	<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)
<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)											

<p>DATI ANAGRAFICI</p> <p>Cognome _____</p> <p>Data di Nascita _____</p> <p>Comune di Residenza _____</p> <p>Domicilio attuale (se diverso dalla residenza)</p> <p>Comune di Domicilio _____</p> <p>Contatto telefonico _____</p>	<p>Nome _____</p> <p>Luogo di Nascita _____</p> <p>Via _____</p> <p>Via _____</p> <p>email _____</p>
--	--

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 _____