Casa di Cura Privata "Città di Rovigo"	**Checklist di valutazione all'ingresso del Visitatore** **ALLEGATO 1**

L'accesso da parte di parenti e Visitatori alla struttura è limitato ed è necessaria la massima collaborazione di tutti al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza a tutti i pazienti ricoverati. Le chiediamo quindi di rispondere alle seguenti domande.

DATI ANAGRAFICI

Cognome_____ Nome _____

Data di Nascita_____ Luogo di Nascita _____

Comune di Residenza_____ Via_____

Contatto telefonico_____ email _____

Negli ultimi 14 giorni:

- ❑ 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?

*** 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?

- ❑ febbre (temperatura ≥37.5°C) - da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura
- ❑ tosse
- ❑ astenia
- ❑ dolori muscolari diffusi
- ❑ mal di testa
- ❑ raffreddore
- ❑ mal di gola
- ❑ congiuntivite
- ❑ diarrea
- ❑ vomito
- ❑ aritmia (tachi- o bradi-aritmia) o episodi sincopali
- ❑ Anosmia (disturbi nella percezione di odore)
- ❑ A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto)

In base alla valutazione effettuata dal personale dell'Area Riabilitativa della Casa di Cura è autorizzato all'accesso alla struttura.

- ❑ SI
- ❑ NO

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

o per altro motivo_____

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 _____

Il presente documento è stato estratto dalle Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale Emergenza Covid-19 "Fase 3" della Regione Veneto (Nota Prot. 245332 del 23/06/2020).