

	<b>SCHEDA SCREENING PER INGRESSO DI VISITATORI</b>	<b>MR-07-05-168</b>	
		Versione: <b>2</b>	Numero pag.: <b>1/2</b>

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\* 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 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 nel caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento.

**Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?**

- febbre (temperatura  $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ )(*da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura da parte del personale designato*)
- tosse
- astenia
- dolori muscolari diffusi
- mal di testa
- raffreddore (naso chiuso e/o rinorrea)
- mal di gola
- congiuntivite
- diarrea
- vomito
- disturbi nella percezione di odore (Anosmia)
- disturbi della percezione del gusto (A-disgeusia)
- vaccinazione Sars-Cov2      si      no

**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**

*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**