

**PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE DA SARS-COV-2 IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO SANITARIE:
 SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO DEI VISITATORI.**

Le persone anziane sono la popolazione fragile per eccellenza che bisogna proteggere in tutti i modi nel corso dell'epidemia da Coronavirus (SARS-COV-2). Nelle strutture residenziali socio sanitarie sono ospitati anche soggetti con patologie croniche, affette da disabilità di varia natura o con altre problematiche di salute; anche queste persone sono da considerarsi fragili e potenzialmente a maggior rischio di evoluzione grave se colpite dalla malattia (COVID-19). Pertanto, è necessaria la massima attenzione anche nei confronti di questi soggetti.

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 ed agli operatori.

Le chiediamo quindi di compilare la seguente autodichiarazione:

06	PER ACCESSO PARENTI E VISITATORI
Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____/_____/_____ a _____ (____), residente a _____ (____), via _____ contatto telefonico _____ email _____	
consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, nonché delle sanzioni previste dall'articolo 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 <p align="center">DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ</p>	
1) Negli ultimi 14 giorni: <input type="checkbox"/> di aver avuto un contatto stretto* o di convivere con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19) <input type="checkbox"/> di aver avuto un contatto stretto* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.) <input type="checkbox"/> di aver avuto un contatto stretto* con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.) <input type="checkbox"/> di aver ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19 <input type="checkbox"/> di essere in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19 <input type="checkbox"/> che è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19 <input type="checkbox"/> NESSUNO DEI CASI TRA QUELLI SOPRA ELENCATI <i>* I contatti stretti di COVID-19 sono definiti come coloro che negli ultimi 14 giorni:</i> <ul style="list-style-type: none"> ● 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. 	
2) Negli ultimi 14 giorni di essere in rientrato in Italia dalla seguente località estera: <input type="checkbox"/> Austria <input type="checkbox"/> Bulgaria <input type="checkbox"/> Svizzera <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> Germania <input type="checkbox"/> Danimarca <input type="checkbox"/> Estonia <input type="checkbox"/> Finlandia <input type="checkbox"/> Ungheria <input type="checkbox"/> Irlanda <input type="checkbox"/> Islanda <input type="checkbox"/> Liechtenstein <input type="checkbox"/> Lituania <input type="checkbox"/> Lussemburgo <input type="checkbox"/> Lettonia <input type="checkbox"/> Norvegia <input type="checkbox"/> Polonia <input type="checkbox"/> Portogallo <input type="checkbox"/> Svezia <input type="checkbox"/> Slovenia <input type="checkbox"/> Slovacchia <input type="checkbox"/> Andorra <input type="checkbox"/> Principato di Monaco <input checked="" type="checkbox"/> oppure di essere in rientrato negli ultimi 14 giorni in Italia dalla seguente località estera <input type="checkbox"/> Belgio <input type="checkbox"/> Croazia <input type="checkbox"/> Grecia <input type="checkbox"/> Francia <input type="checkbox"/> Malta <input type="checkbox"/> Paesi Bassi <input type="checkbox"/> Regno Unito e Irlanda del Nord <input type="checkbox"/> Repubblica Ceca <input type="checkbox"/> Spagna (le persone che intendono fare ingresso/rientro nel territorio nazionale e che nei quattordici giorni antecedenti hanno soggiornato o transitato nei paesi elencati in questo punto hanno l'obbligo di sottoporsi ad un test molecolare o antigenico, da effettuarsi per mezzo di tampone, al momento dell'arrivo in aeroporto, porto o luogo di confine, ove possibile, ovvero entro 48 ore dall'ingresso nel territorio nazionale presso l'azienda sanitaria locale di riferimento; in attesa di sottoporsi al test presso l'azienda sanitaria locale di riferimento le persone sono sottoposte all'isolamento fiduciario presso la propria abitazione o dimora - Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale del Veneto n. 84 del 13 agosto 2020 - rif. Ordinanza del Ministro della Salute del 07/10/2020) <input checked="" type="checkbox"/> oppure di essere in rientro in Italia dalla seguente località estera (non elencata tra i precedenti) e che quindi è sottoposto al periodo obbligatorio di 14 giorni di sorveglianza sanitaria e/o di isolamento fiduciario nell'abitazione/ dimora situata al seguente indirizzo : piazza/via _____ n. _____ interno _____ Comune _____ (____) CAP _____ presso: _____;	

3) di presentare i seguenti sintomi:

- febbre (temperatura 37.5°C) - da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura tosse astenia
 respiro affannoso / difficoltà respiratorie dolori muscolari diffusi mal di testa
 raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola) mal di gola congiuntivite
 diarrea vomito perdita del senso del gusto (ageusia) perdita del senso dell'olfatto (anosmia)

NESSUN SINTOMO TRA QUELLI SOPRA ELENCATI

Nel caso di compresenza di uno o più sintomi soprariportati e temperatura superiore a 37,5°C il soggetto dichiara di essere consapevole di essere obbligato a contattare il medico curante rimanendo in autoisolamento.

4) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da Covid-19 vigenti in Italia e, in particolare, delle prescrizioni contenute nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 maggio 2020, decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 giugno 2020, decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 07 agosto 2020, Ordinanza del Ministro della Salute del 12/08/2020, 21/09/2020 e del 07/10/2020, Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale del Veneto n. 64 del 06 luglio 2020 e Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale del Veneto n. 84 del 13 agosto 2020.

Luogo, _____ data _____ Firma del dichiarante _____

In base alla valutazione effettuata dal personale della struttura il/la sig./sig.ra _____

è autorizzato all'accesso alla struttura

- SI
 NO

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

ospite del Reparto _____ Struttura _____

o per altro motivo _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato):

Nome Cognome _____ Data _____ 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.