



Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020 Regione del Veneto – FASE 3
Allegato 1. Checklist di valutazione all'ingresso del visitatore

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	
DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ	
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"/> Belgio <input type="checkbox"/> Svizzera <input type="checkbox"/> Cipro <input type="checkbox"/> Repubblica Ceca <input type="checkbox"/> Germania <input type="checkbox"/> Danimarca <input type="checkbox"/> Estonia <input type="checkbox"/> Finlandia <input type="checkbox"/> Francia <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"/> Paesi Bassi <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"/> Regno Unito e Irlanda del Nord <input type="checkbox"/> Andorra <input type="checkbox"/> Principato di Monaco ● oppure di essere in rientrato negli ultimi 14 giorni in Italia dalla seguente località estera <input type="checkbox"/> Grecia <input type="checkbox"/> Spagna <input type="checkbox"/> Croazia <input type="checkbox"/> Malta (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 - rif. Ordinanza del Ministro della Salute del 12/08/2020) ● 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)	<p>di presentare i seguenti sintomi:</p> <p><input type="checkbox"/> febbre (temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) - da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura <input type="checkbox"/> tosse</p> <p><input type="checkbox"/> astenia</p> <p><input type="checkbox"/> respiro affannoso / difficoltà respiratorie <input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi <input type="checkbox"/> mal di testa</p> <p><input type="checkbox"/> raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola) <input type="checkbox"/> mal di gola <input type="checkbox"/> congiuntivite</p> <p><input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> vomito <input type="checkbox"/> perdita del senso del gusto (ageusia) <input type="checkbox"/> perdita del senso dell'olfatto (anosmia)</p> <p><input type="checkbox"/> NESSUN SINTOMO TRA QUELLI SOPRA ELENCATI</p> <p>Nel caso di compresenza di uno o più sintomi soprariportati e temperatura superiore a $37,5^{\circ}\text{C}$ il soggetto dichiara di essere consapevole di essere obbligato a contattare il medico curante rimanendo in autoisolamento.</p> <p>Luogo, _____ data _____ Firma del dichiarante _____</p> <p>Oppure dichiarazione telefonica rilevata da _____ in qualità di _____ in data _____ Firma del rilevatore _____</p>
----	---

	<p>In base alla valutazione effettuata dal personale della struttura il/la sig./sig.ra _____ è autorizzato all'accesso alla struttura</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>per la visita alla/al Sig.ra/Sig. _____ ospite del Reparto _____ Struttura _____ o per altro motivo _____ il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____</p> <p>Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato): Nome Cognome _____ Data _____ Firma _____</p>
--	--

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.