



## CHECKLIST DI VALUTAZIONE - 2021

PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE DA - COVID 19 -  
IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-SANITARIE

### SCHEMA DI SCREENING PER L'INGRESSO DI VISITATORI/FAMILIARI

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 .

**Le chiediamo quindi di rispondere alle seguenti domande:**

#### **DATI ANAGRAFICI del visitatore/familiare:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ Via/Domicilio \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Tel/Cell. \_\_\_\_\_

#### **Negli ultimi 14 gg:**

- 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?
- è rientrato da un viaggio in paesi esteri?

\* 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, con un altro individuo, per almeno 15 minuti.
- 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  $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ )

*(da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura da parte del personale designato)*

- |   |  |
|---|--|
| <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)   |

**RILEVAZIONE TEMPERATURA**

**CERTIFICAZIONE VERDE - COVID 19**

- Vaccinazione Anti – Covid 19
- Tampone Antigenico (rapido) o Molecolare, entro le 48 ore
- Guarigione da infezione Covid 19 entro 6 mesi

**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

*Firma del Responsabile .....*

*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 del visitatore** \_\_\_\_\_

