



Ospite: _____

Allegato 4

Checklist di valutazione all'ingresso del Visitatore / Familiare _____

PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE DA SARS-COV-2 IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-SANITARIE

SCHEDA DI SCREENING PER INGRESSO DI VISITATORI - Autocertificazione

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* o convivono con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)? **SI' NO**
- ha avuto un contatto stretto* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)? **SI' NO**
- ha avuto un contatto stretto* con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)? **SI' NO**
- ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19? **SI' NO**
- è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19? **SI' NO**
- è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19? **SI' NO**

* 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 all'insorgenza dei sintomi nel caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento.

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi? **Barrare se presenti**

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 (nasochiuso 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) |

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. _____

Visto dal personale incaricato della struttura

Nome Cognome _____ Firma _____

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, di aver preso visione e di attenersi **al patto di corresponsabilità sottoscritto.***

Data _____ **Firma** _____

INFORMATIVA RELATIVA ALLA RILEVAZIONE DELLA TEMPERATURA CORPOREA PER L'ACCESSO DI VISITATORI E ESTERNI ALLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

La rilevazione della temperatura corporea, effettuata preliminarmente all'ingresso alle strutture residenziali per anziani, costituisce trattamento dei dati personali, pertanto il dato sarà trattato in ottemperanza a quanto disposto dal Regolamento UE 679/2016, in linea con quanto già esposto nell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento stesso, fornita in allegato al patto di responsabilità.

In particolare, si segnala che:

- il dato sarà rilevato e letto a cura dell'operatore addetto, il quale non provvederà a registrare il valore risultato dalla misurazione, né ad associarlo al soggetto sottoposto a misurazione, qualora la temperatura rientri nella soglia ammissibile;

- qualora la temperatura superasse la soglia di ammissibilità alla struttura residenziale, l'operatore sarà tenuto a registrare il dato acquisito con la rilevazione e ad associarlo all'identità dell'interessato, per il solo scopo di documentare il diniego di accesso alla struttura residenziale.