

Checklist di valutazione all'ingresso del visitatore

La informiamo che l'accesso al Centro Servizi Casa P. Kolbe è limitato, in ottemperanza alle "Linee di indirizzo - Strutture residenziali extraospedaliere - Indicazioni per l'accoglienza di nuovi ospiti e l'accesso di familiari, visitatori e di altro personale esterno - COVID-19 - Fase 2" pubblicato dalla Regione Veneto con Ordinanza n. 55 del 29 maggio 2020, successivamente integrato dalle ulteriori disposizioni contenute nell'Ordinanza n. 92 del 22 giugno 2020 "Misure urgenti di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19" contenute nell'Allegato "A" le "Linee di indirizzo per Strutture residenziali per anziani – fase 3".

Le chiediamo quindi la massima collaborazione al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza a tutti gli ospiti e di rispondere alle seguenti domande:

Il sottoscritto		Data di nascita	
Luogo di nascita		Comune di residenza	
Via		Contatto telefonico	
Mail			

a) DICHIARAZIONE DEL PROPRIO STATO

Consapevole delle conseguenze civili e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, dichiara che **negli ultimi 14 giorni**:

1) ha avuto "contatti stretti" ¹ , anche di tipo "indiretto" o convivono con una persona con diagnosi sospetta o confermata da coronavirus (COVID-19)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) ha avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) ha avuto un contatto stretto con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4) è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5) è deceduto , inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

b) Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi? :

- febbre (temperatura >37.5°C) (da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> tosse | <input type="checkbox"/> congiuntivite |
| <input type="checkbox"/> astenia | <input type="checkbox"/> diarrea |
| <input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi NON HA mal di testa | <input type="checkbox"/> vomito |
| <input type="checkbox"/> mal di testa | <input type="checkbox"/> aritmia (tachi o bradiaritmia) o episodi sincopati |
| <input type="checkbox"/> raffreddore | <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) |

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.

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.

ATTENZIONE: Se una delle condizioni sopra dichiarate dovesse cambiare prima dell'accesso alla struttura E' **OBBLIGATORIO** comunicarlo. Anche nel caso si abbia ragionevoli sospetti di essere venuto a contatto con casi COVID-19 sospetti/probabili/confermati dopo avere effettuato la visita LA INVITIAMO comunque a contattarci e a segnalarci la cosa.

Data _____

Firma _____

¹ Definizione "contatto stretto":

- 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.

SEZIONE A CURA DELLA STRUTTURA CASA PADRE KOLBE – NON COMPILARE

TIPO ACCESSO	MOTIVAZIONE	FIRMA MEDICO (in caso di valutazioni approfondite)
<input type="checkbox"/> Ospite NO Covid-19 <input type="checkbox"/> Ospite Covid-19 <input type="checkbox"/> Visitatore	<input type="checkbox"/> Fine Vita <input type="checkbox"/> Altri casi di estrema necessità <input type="checkbox"/>	

	Valore	Necessaria Formazione aggiuntiva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Temperatura misura all'accesso			

Data di accesso _____ Ora di accesso _____ Durata Stimata della visita _____

	Mascherina	Igiene delle mani	DPI
Verifica Mascherine e Guanti e igiene delle mani	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sostituita	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO	Consegna e formazione DPI per Ospiti Covid-19 (SOLO PER IN QUESTO CASO) <input type="checkbox"/> Mascherina FFP2 <input type="checkbox"/> Visiera <input type="checkbox"/> camice <input type="checkbox"/> Copriscarpe <input type="checkbox"/>

c) 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. _____

o per altro motivo _____

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

L'addetto all'accoglienza ripete a voce tutte le condizioni dichiarate dal visitatore ai punti precedenti a-b e chiede conferma che non siano subentrate variazioni

Nome Cognome _____ Firma _____

REGISTRAZIONE VERIFICHE ALL'USCITA

L'addetto all'accoglienza chiede al visitatore se si sono verificate anomalie rispetto a quanto concordato all'ingresso o se ha qualcosa da segnalare (eventualmente scrivere sotto)

Note