

**Allegato 1. Checklist di valutazione all'ingresso del visitatore**

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. Le chiediamo quindi di rispondere alle seguenti domande.

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Comune di Residenza _____ Via _____

Contatto telefonico _____ email _____

Negli ultimi 14 giorni:

- 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?

*** I contatti stretti di COVID-19 sono definiti come coloro che negli ultimi 14 giorni:**

- 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?

- febbre (temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) - 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 | <input type="checkbox"/> vomito |
| <input type="checkbox"/> mal di testa | <input type="checkbox"/> aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali |
| <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) |

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 _____

Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato)

Nome Cognome _____ 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.

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 _____