

PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE DA SARS-COV-2 IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO SANITARIE:
 SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO DEI CANDIDATI ALLE PROVE D'ESAME.

L'accesso a qualsiasi titolo 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:

-	<p>PER ACCESSO DEI CANDIDATI ALLE PROVE D'ESAME</p> <p>Il/lasottoscritto/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</p> <p>1) Negli ultimi 14 giorni:</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> di aver avuto un contatto stretto* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)</p> <p><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.)</p> <p><input type="checkbox"/> di aver ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> di essere in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> che è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> NESSUNO DEI CASI TRA QUELLI SOPRA ELENCATI</p> <p>* I contatti stretti di COVID-19 sono definiti come coloro che negli ultimi 14 giorni:</p> <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. <p>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"/> <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</p> <p>• 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 e di essersi sottoposto entro 48 ore dall'ingresso nel territorio nazionale a test molecolare o antigenico e che lo stesso è risultato negativo - rif. Ordinanza del Ministro della Salute del 12/08/2020;</p> <p>• 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: _____</p> <p>IN QUESTO CASO È</p> <p>INTERDETTO L'ACCESSO;</p> <p>3) di presentare i seguenti sintomi:</p> <p><input type="checkbox"/> febbre (temperatura 37,5°C) - da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura <input type="checkbox"/> tosse <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 <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> vomito</p> <p><input type="checkbox"/> perdita del senso del gusto (ageusia) <input type="checkbox"/> perdita del senso dell'olfatto (anosmia)</p>
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NESSUN SINTOMO TRA QUELLI SOPRA ELENCATI

Nel caso di compresenza di uno o più sintomi soprariportati e temperatura superiore a 37,5°C il soggetto dichiara di essere consapevole di essere obbligato a contattare il medico curante rimanendo in autoisolamento (ACCESSO INTERDETTO ALLA STRUTTURA).

Luogo, _____ data _____ Firma del dichiarante _____

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.