



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 _____ C.F. _____

Comune di Residenza _____ Via _____

Contatto telefonico _____ email _____

Negli ultimi 14 giorni:

- ha avuto un contatto stretto¹ o convive con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?
- ha avuto un contatto stretto¹ con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
- ha avuto un contatto stretto¹ 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?

¹ **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?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> febbre (temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) – <i>da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura</i> | <input type="checkbox"/> congiuntivite |
| <input type="checkbox"/> tosse | <input type="checkbox"/> diarrea |
| <input type="checkbox"/> astenia | <input type="checkbox"/> vomito |
| <input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi | <input type="checkbox"/> aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali |
| <input type="checkbox"/> mal di testa | <input type="checkbox"/> Anosmia (disturbi nella percezione di odore) |
| <input type="checkbox"/> raffreddore | <input type="checkbox"/> Ageusia (disturbi nella percezione del gusto) |
| <input type="checkbox"/> mal di gola | |

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 _____

✘ ✘ ✘

A cura del personale della struttura

Visita prevista presso:

- Stanza dell'incontro
- Parco

Si accerta che la Certificazione verde Covid-19 è:

- regolare
- non regolare

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 della struttura

Nome Cognome _____ Firma _____