

**Checklist di valutazione per l'ingresso del visitatore.  
Decreto n. 109 del 12 giugno 2020 – Regione Emilia Romagna**

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 (SARS-CoV-2), sono più soggette a sviluppare gravi evoluzioni del quadro clinico, 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 giorni:

- ha avuto un contatto stretto o convive 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?

---

\*

**N.B.**

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 (per esempio la stretta di mano);
- hanno avuto un contatto diretto non protetto con delle secrezioni (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia), 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), 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 > 37.5°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 (naso chiuso 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. \_\_\_\_\_

Altro motivo \_\_\_\_\_

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

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Forma \_\_\_\_\_

*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, si dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.*

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_