

**SCHEDA DI TRIAGE PER INGRESSO DI VISITATORI****PREVENZIONE E CONTROLLO INFEZIONE DA SARS-COV-2**

Le chiediamo cortesemente di rispondere alle seguenti domande per valutare l' idoneità all' ingresso nella Struttura R.S.A. San Francesco d'Assisi, al fine di adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione da SARS-CoV-2 (DPCM n. 9 marzo 2020 art. 2, comma q).

**Ha avuto negli ultimi 10 giorni un contatto stretto (specificare in una nota\*) con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?**

 SI NO

**Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?**

<input type="checkbox"/>	Febbre	<input type="checkbox"/>	Mal di gola
<input type="checkbox"/>	Tosse secca	<input type="checkbox"/>	Congiuntivite
<input type="checkbox"/>	Respiro affannoso/difficoltà respiratorie	<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	Dolori muscolari diffusi	<input type="checkbox"/>	Perdita/alterazione del senso del gusto
<input type="checkbox"/>	Mal di testa	<input type="checkbox"/>	Perdita/alterazione del senso dell'olfatto
<input type="checkbox"/>	Raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)	<input type="checkbox"/>	Altri sintomi: _____

(\*) Nota \_\_\_\_\_

Nel caso l'attuale situazione clinica si modificasse (con positività ad un test antigenico rapido o tampone molecolare) o iniziasse un periodo di quarantena, sensibilizziamo i Visitatori ad informare tempestivamente la Direzione della R.S.A. San F. d'Assisi.

**DATI ANAGRAFICI VISITATORE**

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

Contatto telefonico \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Dichiaro altresì di seguire le norme di comportamento stabilite dalla R.S.A. San Francesco d'Assisi durante tutta la permanenza in Struttura

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_