

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PER INGRESSO DI VISITATORI (FAMIGLIARI, ADDETTI
DITTE ESTERNE, UTENTI PER PRATICHE AMMINISTRATIVE)****PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONE DA SARS-COV-2 NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI
SOCIOSANITARIE E SOCIO EDUCATIVE PER ANZIANI E DISABILI DELL'AZIENDA**

Per aiutarci a contrastare la diffusione del Coronavirus all'interno delle nostre strutture residenziali per anziani e disabili, che ospitano un'utenza particolarmente fragile, che e-dobbiamo tutti impegnarci a difendere, Le chiediamo cortesemente di rispondere alle seguenti domande:

Ha avuto negli ultimi 14 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?

- febbre
- tosse secca
- respiro affannoso/difficoltà respiratorie
- dolori muscolari diffusi
- mal di testa
- raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)
- mal di gola
- congiuntivite
- diarrea
- perdita del senso del gusto (ageusia)
- perdita del senso dell'olfatto (anosmia)

(*) Nota: _____

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Comune di Residenza _____ Via _____

Domicilio attuale (se diverso dalla residenza) _____

Contatto telefonico _____

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.7 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

Data _____

Firma _____