



## REGOLAMENTAZIONE ACCESSO DEL FAMILIARE IN STRUTTURA

FASE DI EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID 19

### PATTO DI RESPONSABILITÀ

DGR Veneto n. 308 del 31-03-2021 e del 09-06-2021

COGNOME E NOME PAZIENTE*	
DATA DI NASCITA	
REPARTO	

\*Eventuale etichetta paziente

<b>COGNOME E NOME DEL VISITATORE</b>		
<b>VALUTAZIONE STATO SALUTE DEL VISITATORE NECESSARIA PER CONSEGNARE IL PASS DI VISITATORE</b> L'operatore chiede di prendere visione di UNO dei certificati sotto riportati		
ESITO TAMPONE molecolare o antigenico NEGATIVO eseguito 48 ore prima	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
GREEN PASS COVID 19 O CERTIFICATO DI VACCINAZIONE ANTI COVID 19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CERTIFICATO DI AVVENUTA GUARIGIONE DA COVID 19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>VERIFICA STATO DI SALUTE DEL VISITATORE ALLA DATA ODIERNA</b>		
TEMPERATURA > 37,5	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SINTOMI RESPIRATORI (tosse, raffreddore)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ALTRI SINTOMI RICONDUCIBILI A COVID 19 (es perdita di gusto, olfatto, diarrea)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
HA AVUTO NEGLI ULTIMI 14 GIORNI UN CONTATTO STRETTO CON UNA PERSONA CON SOSPETTO/CONFERMATO INFEZIONE DA CORONAVIRUS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
È IN QUARANTENA/ISOLAMENTO FIDUCIARIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SI È TROVATO IN CIRCOSTANZE CHE POTREBBERO AVERLA ESPOSTA A RISCHIO CONTAGIO (es contatto stretto con persone sintomatiche/positive o che sono stati a contatto con positivi)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>IL VISITATORE SI IMPEGNA AD ATTENERESI OBBLIGATORIAMENTE ALLE PRECAUZIONI DI SEGUITO RIPORTATE PER L'INTERA DURATA DELLA VISITA</b>		
INDOSSARE MASCHERINA FFP2 O CHIRURGICA CERTIFICATA (non sono ammesse mascherine autoprodotte o in tessuto) COPRENDO NASO E BOCCA	<input type="checkbox"/> SI	
EFFETTUARE L'IGIENE DELLE MANI ALL'INGRESSO E USCITA DELLA STANZA DI DEGENZA E DEL REPARTO	<input type="checkbox"/> SI	
MANTENERE LA DISTANZA SOCIALE DI UN METRO DAL DEGENTE	<input type="checkbox"/> SI	
RISPETTARE IL TEMPO DI VISITA DI 15 minuti	<input type="checkbox"/> SI	
<b>Firma operatore responsabile della valutazione</b>		

**Egr. Sig./Sig.ra,**

le chiediamo di **sottoscrivere** il documento, confermando così anche il suo **impegno** a rispettare le norme di comportamento atte a contenere la diffusione del virus e a **informare immediatamente** il caposala di reparto qualora nei giorni successivi la visita dovesse manifestare sintomi riconducibili a Covid 19 o esito positivo al tampone per ricerca Covid 19 o attivazione di isolamento fiduciario/quarantena.

Data .....

Firma del visitatore .....

Il presente modulo è conservato in cartella clinica ed in copia al familiare