

**Dichiarazione per accesso VISITATORI REPARTI DI DEGENZA
DA CONSEGNARE IN REPARTO DOPO TRIAGE**

COMPILAZIONE A CURA DEL TRIAGE

Data e ora

Temperatura verificata al triage

Requisiti acceso	Documentazione di Accesso in <u>assenza</u> di uno dei tre requisiti il VISITATORE NON POTRA' ACCEDERE	Green pass <input type="checkbox"/>	Certificato vaccinale <input type="checkbox"/>	Certificato avvenuta guarigione <input type="checkbox"/>
---------------------	--	---	--	--

Compilazione Cura dell'Interessato

COGNOME e NOME visitatore			
REPARTO DI ACCESSO		Nominativo paziente	
Anamnesi Visitatore	È stato recentemente diagnosticato con infezione da SARS-CoV-2/COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI
	Negli ultimi 14 giorni è stato a stretto contatto con persona con infezione respiratoria ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI (se SI specificare →)

Al momento attuale presenta qualcuno di questi sintomi?

Sintomi / segni (segnare se presente)	Attualmente o negli ultimi 7 giorni	
	paziente	accompagnatore
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stanchezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inappetenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterazione/diminuzione gusto/odori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterazione/diminuzione dell'olfatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convivente con persone che lavorano in ospedale COVID o con pazienti COVID/SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessun dato da segnalare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA del visitatore	N. Telefono del visitatore

DA CONSEGNARE AL REPARTO PRIMA DELL'ACCESSO
Questo foglio andrà conservato da l reparto per almeno un mese