

**Questionario clinico-anamnestico esposizione COVID-19  
ACCESSO DI ACCOMPAGNATORE-CAREGIVER AUTORIZZATO di DEGENTE  
(presenza continuativa o prolungata)**

**ANAGRAFICA ACCOMPAGNATORE-CAREGIVER**

Cognome ..... Nome.....

**ANAGRAFICA DEGENTE**

**REPARTO** .....

Cognome ..... Nome .....n. LETTO .....

**ANAMNESI/CLINICA ACCOMPAGNATORE-CAREGIVER**

*(a cura esclusiva del personale di Triage)*

<b>TEMPERATURA CORPOREA ALL'INGRESSO</b>		
SI' (temp. uguale o superiore 37.5°C )	Si*	No
NO (temp. uguale o inferiore 37.4°C)		
<i>Posizionare eventuale TICKET temperatura</i>		
<b>SINTOMATOLOGIA SUGGESTIVA COVID</b>		
Nelle ultime <b>48</b> ore: febbre superiore a 37.5° o sintomatologia respiratoria (tosse, difficoltà respiratorie) o altri sintomi (cefalea, brividi, vomito, diarrea, alterazione o perdita dell'olfatto - del gusto, dolori muscolari, stanchezza)	Si*	No
<b>SOGGETTO in stato di:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>ISOLAMENTO</b> ( <u>tampone</u> positivo COVID-19 )	Si*	No
<input type="checkbox"/> <b>QUARANTENA</b> ( <u>contatto di caso</u> positivo COVID-19)		
<b>CERTIFICAZIONE VERDE (Green Pass)**</b>	Si	No**
<b>DOCUMENTO IDENTIFICATIVO VALIDO</b>	Si	No*

**Ingresso autorizzato**

*Il soggetto è informato relativamente alle misure di prevenzione del contagio: **igiene mani**, uso corretto della **mascherina chirurgica monouso** che copre naso e bocca, **distanziamento fisico** e utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale, dove necessario.*

**Ingresso NON autorizzato (presenza di anche solo una risposta con \* asterisco)**

\*\* Il caregiver oltre al tampone d'ingresso dovrà avere un tampone valido ad ogni accesso successivo, in caso di interruzione della presenza in reparto.(validità 48 ore)

**DOCUMENTO DA ALLEGARE ALLA DOCUMENTAZIONE CLINICA DEL DEGENTE**

DATA ingresso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matricola/sigla Operatore ASST PG23 \_\_\_\_\_