



CHECK LIST PER SINTOMI E CONTATTI A RISCHIO DI CONTAGIO INFEZIONE DA COVID 19

COGNOME e NOME _____

Data di Nascita _____

Egr.Sig./Gent.Sig.ra,

nelle procedure atte a rendere più sicure le prestazioni sanitarie in questo periodo di epidemia Le chiediamo, prima di accedere alla nostra struttura, di rispondere ad alcune domande sul Suo stato di salute negli ultimi giorni.

La ringraziamo per la Sua collaborazione.

Inoltre, se accede alla Casa di Cura con un accompagnatore **autorizzato** (per **minori**, **disabili**, **utenti fragili non autosufficienti**, **persone con difficoltà linguistico-culturali**) anche quest'ultimo deve compilare e firmare una copia del presente modulo.

SINTOMI PRESENTI NEI 14 GIORNI PRECEDENTI:			
FEBBRE $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ★	SI	NO	
TOSSE AD INSORGENZA IMPROVVISA ★	SI	NO	
MAL DI GOLA	SI	NO	
MAL DI TESTA	SI	NO	
DIFFICOLTA' RESPIRATORIA AD INSORGENZA IMPROVVISA ★	SI	NO	
DOLORI O AFFATICAMENTO MUSCOLARE	SI	NO	
ALTERAZIONE DEL GUSTO e/o DELL' ODORATO	SI	NO	
DIARREA/NAUSEA/VOMITO	SI	NO	
SINTOMI DA RAFFREDDORE ★	SI	NO	

CONTATTI A RISCHIO DI CONTAGIO 14 GIORNI PRIMA DELLA COMPARSA DEI SINTOMI			
ESPOSIZIONE A CASI CONFERMATI (vivi o deceduti) ★	SI	NO	
ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI	SI	NO	
SINTOMI SPECIFICI IN ALTRI COMPONENTI DELLA SUA FAMIGLIA	SI	NO	
OCCUPAZIONE AD ALTO RISCHIO (Personale Sanitario, Tecnici di Laboratorio, altro)	SI	NO	
CONTATTO NON PROTETTO CON PERSONA POSITIVA AL COVID-19	SI	NO	
RIENTRO DA ZONE O PAESI PER I QUALI E' PREVISTO/SUGGERITO L'ESECUZIONE DEL TAMPONE NASO-FARINGEO	SI	NO	

VACCINAZIONE			
VACCINAZIONE ANTI COVID 19	IN CORSO data _____	COMPLETATA data _____	NO

Se ha risposto **SI** anche a una sola domanda contrassegnata con ★, **NON** entri in Casa di Cura ma si rivolga al personale all'ingresso.

NOTE: _____

Dichiaro sotto la mia responsabilità la veridicità di quanto dichiarato

Data _____

_____ *firma del dichiarante*

Verificato da _____

_____ *firma leggibile del professionista sanitario*



PRESTAZIONI AMBULATORIALI

INFORMATIVA PER I PAZIENTI SULLE MISURE GENERALI DI CONTENIMENTO DELL'EPIDEMIA COVID- 19

Egregio Signore/Gentile Signora,

Il nuovo coronavirus, denominato **SARS-CoV-2**, è un ceppo mai identificato nell'uomo prima di Dicembre 2019, cioè prima che venissero segnalati i primi casi di polmonite dovuti a un nuovo patogeno sconosciuto nella città di Wuhan, in Cina.

Il nuovo coronavirus, denominato «SARS-CoV-2», appartiene alla stessa famiglia virale di altri sei tipi di coronavirus già noti da anni nell'essere umano, quattro dei quali umani in grado di provocare sintomi da raffreddamento piuttosto lievi soprattutto nella stagione invernale.

I **sintomi più comuni** di una persona con **COVID-19** sono rappresentati da:

- febbre
- stanchezza
- tosse secca.

Alcuni pazienti possono presentare indolenzimento e dolori muscolari, congestione nasale, naso che cola, mal di gola, disturbi gastro-intestinali, quali ad esempio, la diarrea. Questi sintomi generalmente si manifestano gradualmente e in forma lieve.

Nei **casi più gravi**, l'infezione può causare:

- polmonite
- sindrome respiratoria acuta grave
- tromboembolia polmonare
- insufficienza renale e persino la morte.

Alcune persone possono essere infettate pur **non sviluppando alcun sintomo**.

Per quelle che sono le attuali conoscenze, circa 1 persona su 5 con COVID-19 si ammala gravemente e presenta difficoltà respiratorie, richiedendo il ricovero in ambiente ospedaliero.

Le persone anziane e quelle con malattie pre-esistenti, come ipertensione, malattie cardiache o diabete e i pazienti immunodepressi per patologie o in trattamento con farmaci immunosoppressori, hanno maggiori probabilità di sviluppare forme gravi di malattia.

Trasmissione

Il nuovo coronavirus SARS-CoV-2 è un virus respiratorio che si diffonde principalmente attraverso il contatto con le goccioline del respiro delle persone infette, cioè con:

- la saliva, tossendo e starnutendo
- contatti diretti personali
- le mani, ad esempio toccando con le mani contaminate (non ancora lavate) bocca, naso occhi.

Non si può escludere che il contagio avvenga anche attraverso contatto con le feci.

Il periodo di incubazione varia tra 2 e 12 giorni; 14 giorni rappresentano il limite massimo di precauzione.

La via di trasmissione da temere è soprattutto quella respiratoria e quella da contatto, ed è di fondamentale importanza provvedere ad una accurata igiene delle superfici e in particolare delle mani.

L'uso di detergenti a base di alcool è sufficiente a uccidere il virus.

Anche persone totalmente asintomatiche o paucisintomatiche possono, se portatrici del virus, essere fonte di trasmissione.

Prevenzione

I coronavirus sono virus a RNA che possiedono un involucro lipidico (uno strato di grasso), che può essere disintegrato con sapone ed acqua o con un disinfettante, tanto da essere inattivato.

È possibile ridurre il rischio di infezione, proteggendo sé stessi e gli altri con le seguenti precauzioni:

- lavare spesso le mani con acqua e sapone, oppure disinfettarle bene con un gel igienizzante a base di alcol;



PRESTAZIONI AMBULATORIALI

- evitare il contatto ravvicinato con le persone, baci, abbracci e strette di mano, e mantenere una distanza da altre persone di almeno 1 metro;
- evitare di toccare occhi, naso e bocca;
- tossire o starnutire coprendosi con il braccio piegato o un fazzoletto che dovrà essere poi eliminato immediatamente;
- indossare la mascherina chirurgica, avendo cura di coprire accuratamente naso e bocca;
- pulire le superfici con disinfettanti a base di alcool o cloro.

Nonostante siano in essere rigorose procedure di prevenzione e controllo delle infezioni da coronavirus da parte della Struttura e del Personale, nel rispetto della normativa vigente regionale e nazionale, è di fondamentale importanza la fattiva collaborazione anche di ogni singolo paziente in quanto il comportamento personale rappresenta la prima fonte di rischio.

Per tale motivo si rende **OBBLIGATORIO** il rispetto delle seguenti precauzioni:

- evitare di entrare in ospedale se affetti da sintomi riferibili a infezione da COVID 19 (febbre, tosse, mal di gola, cefalea...), anche minimi e di lieve entità;
- riferire ai Medici se negli ultimi 15 giorni hanno avuto una sintomatologia simil influenzale;
- riferire eventuali contatti con soggetti con sospetto della malattia;

Si informa che in ingresso sono previsti punti di controllo della temperatura e che, se rilevata una temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$, la Sua prestazione potrà essere riprogrammata.

CONSENSO ALLA PRESTAZIONE AMBULATORIALE

Io sottoscritto/a _____

dichiaro di avere ben compreso quanto sopra illustrato ed **acconsento** a sottopormi alla prestazione di _____

presso la Casa di Cura La Madonnina.

Milano, _____

Firma Paziente _____

(paziente /tutore/legale rappresentante)