

## ***Procedura per l'ammissione preliminare del minore all'atto della domanda.***

- 1.1. Presentazione da parte del genitore / tutore /curatore/ amministratore di sostegno modello AUTOCERTIFICAZIONE "Questionario – Triage" di cui al DGRM 523/2020"
- 1.2. In caso di positività di almeno uno degli items : certificazione redatta a cura del MMG e/o PLS attestante lo stato di salute del minore

### ***Procedura del Check in giornaliero:***

1. L'addetto al check in , preventivamente individuato, somministra il questionario al genitore all'arrivo del minore prima del suo ingresso dell'area comune;
  - 1.1. In caso di positività di uno degli items
    - 1.1.1. Inibisce l'ingresso
    - 1.1.2. Comunica al genitore la necessità di rivolgersi al MMG – PLS
2. L'addetto al check in controlla la temperatura corporea del minore con termo scanner :
  - 2.1. Febbre < 37.5°C
    - 2.1.1. Registrazione del dato sul foglio dell'autocertificazione giornaliera
    - 2.1.2. Le autocertificazioni giornaliere vengono archiviate a cura dell'ente gestore
    - 2.1.3. Registrazione del dato su apposito registro presenze della struttura
    - 2.1.4. Fa entrare il minore nelle aree comuni
  - 2.2. Febbre > 37.5°C
    - 2.2.1. Idem come 2.1.1 – 2.1.2 – 2.1.3
    - 2.2.2. Inibisce l'ingresso del minore nelle parti comuni
    - 2.2.3. Comunica al genitore la necessità di rivolgersi al MMG – PLS
3. In caso delle positività di cui al punto 1.1.2 e 2.2.3 la riammissione del minore al Centro Estivo può avvenire dietro presentazione di certificazione del MMG e/o PLS

## ***QUESTIONARIO/TRIAGE***

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

1. Ha avuto una diagnosi di COVID-19? SI NO  
-Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?) SI NO
2. È in quarantena? SI NO

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

Sede Legale: Via Caduti del Lavoro n.40 – 60131 ANCONA - C.F. e P.IVA 02175860424

**Area Vasta n.1**

Sede Amministrativa: Via Ceccarini n.38 - 61032 Fano (PU)

- 
3. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO
  4. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO
  5. Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?
    - Febbre/febbricola SI NO
    - Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO
    - Malessere, astenia SI NO
    - Cefalea SI NO
    - Congiuntivite SI NO
    - Sangue da naso/bocca SI NO
    - Vomito e/o diarrea SI NO
    - Inappetenza/anoressia SI NO
    - Confusione/vertigini SI NO
    - Perdita/alterazione dell'olfatto SI NO
    - Perdita di peso SI NO
    - Disturbi dell'olfatto e o del gusto SI NO

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76del D.P.R.28 dicembre 2000 n.445

DATA \_\_\_\_\_

Firma del familiare/ tutore/curatore/amministratore di sostegno

-----  
*Da compilarsi solo nella modalità di utilizzo del Check in giornaliero*

T° Corporea rilevata all'ingresso \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore \_\_\_\_\_