

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 _____