

Procedura per l'ammissione preliminare dell'operatore (compresi i volontari).

- 1.1. Presentazione da parte dell'operatore modello AUTOCERTIFICAZIONE "Questionario – Triage operatore" di cui al DGRM 523/2020
- 1.2. In caso di positività di almeno uno degli items : certificazione redatta a cura del MMG attestante lo stato di salute

Procedura del Check in giornaliero:

1. L'addetto al check in, preventivamente individuato, somministra il questionario all'OPERATORE all'arrivo 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 la necessità di rivolgersi al MMG
2. L'addetto al check in controlla la temperatura corporea dell'OPERATORE 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. Autorizza l'ingresso 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 dell'operatore nelle parti comuni
 - 2.2.3. Comunica la necessità di rivolgersi al MMG
3. In caso delle positività di cui al punto 1.1.2 e 2.2.3 la riammissione dell'operatore al Centro Estivo può avvenire dietro presentazione di certificazione del MMG

QUESTIONARIO/TRIAGE OPERATORE

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
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/febbriola 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

Da compilarsi solo nella modalità di utilizzo del Check in giornaliero

T° Corporea rilevata all'ingresso _____

Firma dell'operatore _____