Procedura per la riapertura ai visitatori delle strutture eroganti, in regime residenziale, prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RICHIESTA DI INGRESSO

ALLEGATO 1.8

		Mome						
								×
Data di nascitaLu	ogo di Nas	iclta		Tel	L			
Medico di Medicina Generale	Corrections of the Corrections of the Correction of the Corre	***************************************						
ISL di appartenenza		***************************************	**************************************	***************************************	***************************************		•	
Pati ospite								
`ognome		Nome				i i		
ata di nascitaLoc								
				S				
la avuto una diagnosi di COVID-1 -Se la risposta è SI è guarito? (co	97 in tampon	i di contre	ollo nega	itivi?)	SI Si		NO NO	
in quarantena?					· SI		NO.	
legli ultimi 14 giorni ha avuto cor	rtatti con j	persone a	ffette da	COVID-1	9? SI		NO	
legli ultimi 14 giorni ha avuto cor legli ultimi 14 giorni ha avuto cor					9? SI • SI		NO NO	
legli ultimi 14 giorni ha avuto cor	natti con j	persone in	\ quaran				10.00	
iegli ultimi 14 giorni ha avuto co: egli ultimi 14 giorni ha avuto/ha	rtatti con j uno di qui	persone in	\ quaran				10.00	
iegii ultimi 14 giorni ha avuto cor egli ultimi 14 giorni ha avuto/ha Febbre/febbricóla	rtatti con j uno di qu Si	persone in esti sintor NO	\ quaran				10.00	
legli ultimi 14 giorni ha avuto cor legli ultimi 14 giorni ha avuto/ha Febbre/febbricola Tosse e/o difficoltà respiratorie	ntatti con j uno di qui Si Si	persone in esti sintor NO NO	\ quaran				10.00	
legli ultimi 14 giorni ha avuto cor legli ultimi 14 giorni ha avuto/ha Febbre/febbricola Tosse e/o difficoltà respiratorie Malessere, astenia	rtatti con j uno di qui Si Si Si	persone in esti sintor NO NO NO	\ quaran				10.00	
legli ultimi 14 giorni ha avuto cor legli ultimi 14 giorni ha avuto/ha Febbre/febbricola Tosse e/o difficoltà respiratorie Malessere, astenia Cefalea	rtatti con j uno di qui Si Si Si Si	persone in esti sintor NO NO NO NO	\ quaran				10.00	
legli ultimi 14 giorni ha avuto cor egli ultimi 14 giorni ha avuto/ha Febbre/febbricola Tosse e/o difficoltà respiratorie Malessere, astenia Cefalea Congluntivite	ntatti con j uno di qui Si Si Si Si Si	NO NO NO NO NO NO	\ quaran				10.00	
legli ultimi 14 giorni ha avuto cor egli ultimi 14 giorni ha avuto/ha Febbre/febbricola Tosse e/o difficoltà respiratorie Malessere, astenia Cefalea Congiuntivite Sangue da naso/bocca	ntatti con j uno di qui Si Si Si Si Si	esti sintor NO NO NO NO NO NO NO	\ quaran					
legli ultimi 14 giorni ha avuto cor egli ultimi 14 giorni ha avuto/ha Febbre/febbricóla Tosse e/o difficoltà respiratorie Malessere, astenia Cefalea Congiuntivite Sangue da naso/bocca Vomito e/o diarrea	ntatti con j uno di qui Si Si Si Si Si Si	Persone in Pesti sintor NO NO NO NO NO NO NO NO NO	\ quaran					
legli ultimi 14 giorni ha avuto cor egli ultimi 14 giorni ha avuto/ha Febbre/febbricóla Tosse e/o difficoltà respiratorie Malessere, astenia Cefalea Congluntivite Sangue da naso/bocca Vomito e/o diarrea Inappetenza/anoressia	rtatti con j uno di qui Si Si Si Si Si Si Si Si	NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO	\ quaran					
legli ultimi 14 giorni ha avuto cos egli ultimi 14 giorni ha avuto/ha Febbre/febbricola Tosse e/o difficoltà respiratorie Malessere, astenia Cefalea Congiuntivite Sangue da naso/bocca Vomito e/o diorrea Inappetenza/anoressia Confusione/vertigini	uno di qui Si Si Si Si Si Si Si Si	Dersone in NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO	\ quaran					
legli ultimi 14 giorni ha avuto cos egli ultimi 14 giorni ha avuto/ha Febbre/febbricola Tosse e/o difficoltà respiratorie Malessere, astenia Cefalea Congiuntivite Sangue da naso/bocca Vomito e/o diarrea Inappetenza/anoressia Confusione/vertigini Perdita/alterazione dell'olfatto	statti con p uno di qui Si Si Si Si Si Si Si Si	NO N	\ quaran					
legli ultimi 14 giorni ha avuto cos egli ultimi 14 giorni ha avuto/ha Febbre/febbricola Tosse e/o difficoltà respiratorie Malessere, astenia Cefalea Congiuntivite Sangue da naso/bocca Vomito e/o diorrea Inappetenza/anoressia Confusione/vertigini	uno di qui Si Si Si Si Si Si Si Si Si Si	Dersone in NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO NO	\ quaran					
legli ultimi 14 giorni ha avuto cor legli ultimi 14 giorni ha avuto/ha Febbre/febbricola Tosse e/o difficoltà respiratorie Malessere, astenia Cefalea Congluntivite Sangue da naso/bocca Vomito e/o diorrea Inappetenza/anoressia Confusione/vertigini Perdita/alterazione dell'olfatto Perdita di peso Disturbi dell'olfatto e o del gusto	statti con puno di qui Si Si Si Si Si Si Si Si Si Si Si Si	NO N	i quaran	tena?	• 5			
legli ultimi 14 giorni ha avuto cor legli ultimi 14 giorni ha avuto/ha Febbre/febbricola Tosse e/o difficoltà respiratorie Malessere, astenia Cefalea Congiuntivite Sangue da naso/bocca Vomito e/o diarrea Inappetenza/anoressia Confusione/vertigini Perdita/alterazione dell'olfatto Perdita di peso	statti con puno di qui Si Si Si Si Si Si Si Si Si Si Si Si	NO N	i quaran		• 5			

Procedura per la riapertura ai visitatori delle strutture eroganti, in regime residenziale, prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie

Att	45.00	d William	ar a
-MA	EG/	I EU	1.8

LISTA DEGLI	ACCESSI	GIORNALIERI	a management	
	. commendate	CHANKINATIES	APPROVA	71

Data____

DATI VISITATORE TEMPERATURA	DATI OSPITE	FASCIA ORARIA	NOTE
of the state of th		APPROVATA	particular to the particular t
	***************************************		riotes a constanting of the constanting of
	**************************************	***************************************	
Control of the second of the s	Annual Control of the	Committee Commit	

Procedura per la riapertura ai visitatori delle strutture eroganti, in regime residenziale, prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie

ALLEGATO 1.c

FACSIMILE FOGLIO INFORMATIVO

- RICORDA DI INDOSSARE SEMPRE E CORRETTAMENTE LA MASCHERINA DURANTE LA PERMANENZA NELLA STRUTTURA
- IGIENIZZA SPESSO E ACCURATAMENTE LE MANI
- MANTIENI SEMPRE LA DISTANZA DI SICUREZZA EVITANDO CONTATTI STRETTI CON I DEGENTI
- MANTIENI SEMPRE LA DISTANZA DI SICUREZZA EVITANDO CONTATTI STRETTI (ABBRACCI, STRETTE DI MANO ETC.) ANCHE CON IL PROPRIO CONGIUNTO