

Modulo di Autodichiarazione per l'accesso di Utenti-Visitatori-Caregivers-Accompagnatori in Ospedale

Ai sensi del DPR 445/2000 e in ottemperanza all'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n.144 13 luglio 2020, D.L. n. 52 del 22 aprile 2021, D.L. n. 65 del 18 maggio 2021.

Il/La sottoscritto/a _____ Data nascita _____
Nome e cognome

Comune di residenza: _____ Prov. (____)

(e domicilio se diverso): _____ Prov. (____)

N° telefonico _____ E-mail _____
In maiuscolo

Dichiara sotto la propria responsabilità che, negli ultimi 14 giorni:

- non ha presentato anche uno solo dei seguenti **sintomi**: febbre, tosse secca, respiro affannoso/difficoltà respiratorie, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore, mal di gola, congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto, perdita del senso dell'olfatto;
- non ha avuto un **contatto stretto** con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19);
- non ha avuto un **contatto stretto** con una o più persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.);
- non è stato sottoposto a **regime di quarantena** e non ha ricevuto **disposizioni di isolamento domiciliare** per COVID-19, anche in relazione al rientro da viaggi in paesi extra UE e/o extra Schengen, di cui all'art. 49 del DPCM 2 marzo 2021.

Si impegna inoltre a comunicare alla struttura eventuali variazioni rispetto a quanto sopra dichiarato.

Data _____ Firma leggibile _____

**L'Autodichiarazione è valida fino a quando i requisiti dichiarati restano invariati.
Deve essere RI-compilata ogni 7 giorni (8^{vo} giorno dalla data della precedente).**

**Va conservata ed esibita a cura del visitatore-caregiver-accompagnatore-utente.
L'Autodichiarazione, compresa la Certificazione verde, sono verificate presso i
Checkpoint ad ogni ingresso.**

Foglio informativo "Regole di accesso nelle diverse aree assistenziali"

PER UTENTI - ACCOMPAGNATORI – FAMILIARI - VISITATORI - CAREGIVERS



L'INGRESSO IN OSPEDALE È CONSENTITO SOLO ALLE PERSONE MUNITE DI CERTIFICAZIONE VERDE E DI MODULO DI AUTODICHIARAZIONE, SENZA CRITERI CLINICI ED EPIDEMIOLOGICI DI SOSPETTO.



IN TUTTO L'OSPEDALE È OBBLIGATORIO L'USO DELLA MASCHERINA CHIRURGICA NASO-BOCCA-MENTO.



FREQUENTE IGIENE DELLE MANI CON GEL IDROALCOLICO **20 SECONDI** (O IN ALTERNATIVA LAVARSI LE MANI CON ACQUA E SAPONE PER ALMENO 60 SECONDI);



RISPETTARE LA DISTANZA DALLE ALTRE PERSONE DI ALMENO 1 METRO

NELLE SALE DI ATTESA DI PRONTO SOCCORSO, AREE AMBULATORIALI, SALE RADIOLOGICHE, DIALISI, DSA, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY – DEGENZA: **E' CONSENTITA LA PRESENZA DI N.1 ACCOMPAGNATORE-CAREGIVER PER PAZIENTE.** PRIORITÀ AGLI ACCOMPAGNATORI DI MINORE, PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE PER DISABILITÀ FISICA, PSICHICA, COGNITIVA, MEDIAZIONE CULTURALE.

NELLE DEGENZE COVID FREE

E' CONSENTITO L'INGRESSO SOLO NEGLI ORARI DI VISITA DI N.1 FAMILIARE - VISITATORE PER PAZIENTE **AL GIORNO IN POSSESSO DI CERTIFICAZIONE VERDE**, SALVO PARTICOLARI CONDIZIONI VALUTATE DAL PERSONALE SANITARIO.

- È OBBLIGATORIO INDOSSARE LA MASCHERINA CHIRURGICA PER TUTTO IL PERIODO DI PERMANENZA.
- È OBBLIGATORIO ESIBIRE IL MODULO DI AUTODICHIARAZIONE.
- ALLA 1^a VISITA IN REPARTO, IL PERSONALE CONSEGNA IL MODULO DI AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO CHE DOVRÀ ESSERE ESIBITO OGNI VOLTA CHE SI RITORNA IN OSPEDALE, **SIA AL CHECKPOINT CHE IN REPARTO**, SU RICHIESTA DEL PERSONALE SANITARIO.
- DI NORMA **NON È CONSENTITO L'ACCESSO DI SOGGETTI CON ETÀ INFERIORE AI 12 ANNI**, salvo i casi di familiari stretti e **per un n° massimo di 2 visitatori (minore + accompagnatore)** contemporaneamente presenti.

NELLE DEGENZE COVID sono ammesse visite **REGOLAMENTATE** di n° 1 visitatore/familiare per paziente, su valutazione delle condizioni cliniche del paziente da parte del personale sanitario.