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

* 1. Presentazione da parte dell’operatore modello AUTOCERTIFICAZIONE “Questionario – Triage operatore” di cui al DGRM 523/2020
	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 chek in, preventivamente individuato, somministra il questionario all’OPERATORE all’arrivo prima del suo ingresso dell’area comune;
	1. In caso di positività di uno degli items
		1. Inibisce l’ingresso
		2. Comunica la necessità di rivolgersi al MMG
2. L’addetto al check in controlla la temperatura corporea dell’OPERATORE con termo scanner:
	1. Febbre < 37.5°C
		1. Registrazione del dato sul foglio dell’autocertificazione giornaliera
		2. Le autocertificazioni giornaliere vengono archiviate a cura dell’ente gestore
		3. Registrazione del dato su apposito registro presenze della struttura
		4. Autorizza l’ingresso nelle aree comuni
	2. Febbre > 37.5°C
		1. Idem come 2.1.1 – 2.1.2 – 2.1.3
		2. Inibisce l’ingresso dell’operatore nelle parti comuni
		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

1. È in quarantena? SI NO
2. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO
3. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO
4. 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

--------------------------------------------------------------------------------

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

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

Firma dell’operatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_