

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DEL VISITATORE / PARENTE

1. Nome _____ Cognome _____

2. Data di nascita _____ Sesso M F

3. Riferisce febbre SI NO Temperatura _____

4. Riferisce tosse SI NO Dispnea Si NO

5. Riferisce perdita di olfatto SI NO perdita del gusto Si NO

6. Altra sintomatologia Si NO

7. Il visitatore/ parente deve riferire di:

- Storia di viaggi o residenza all'estero,
- Storia di viaggi o residenza in aree a rischio di comprovata diffusione avvenuti **nei 14 giorni precedenti** all'ingresso in Casa di Cura,
- Attività lavorativa, in particolare quale operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19, o personale di laboratorio addetto al trattamento di campioni di SARS-CoV-2.

Essere stato a stretto contatto o convivente con un caso sospetto o confermato di COVID-19.

Data _____ Ora _____ Reparto _____

Medico/ Infermiere _____

Firma del Visitatore _____

**Ai sensi del DPCM 4 MARZO 2020 e delle Ordinanze Regionali non sono ammessi accessi da parte di
visitatori e parenti**