

 <p>A.O. S.Croce e Carle Cuneo مؤسسة الإستشفائية لسان كروشي وكارلي و كونيو</p>	<p>MODCOVID_19 إستمارة كوفيد 19</p>	<p>Data prima emissione: marzo 2020 تاريخ الإصدار الأول: مارس 2020</p>
	<p>TRIAGE CORONAVIRUS فرز فيروس كورونا paziente; accompagnatore; visitatore; tecnico; specialist (autorizzato dal personale della struttura)</p>	<p>Data ultima revisione: 13 agosto 2020 تاريخ آخر مراجعة: 13 أغسطس 2020</p>

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (i dati personali saranno trattati come indicato di seguito)

معلومات لمعالجة البيانات الشخصية (ستتم معالجة البيانات الشخصية كما هو موضح أدناه):
الإلكتروني: www.ospedale.cuneo.it المعلومات موجهة لمعالجة البيانات الشخصية وفق المنصوص عليه للنظام الأوروبي 2019/279 و لتكملة المعلومات العامة متاحة على الموقع
فرع " حماية البيانات الشخصية " المؤسسة الإستشفائية لسان كروشي و كارلي
بصفقتها الراعية تخبر بأن البيانات الشخصية التي يتم تجميعها من خلال هذا النموذج سيتم معالجتها لأغراض تطبيق تدابير الوقائية " المحددة للإستشفاء في " إرشادات استئناف الأنشطة الصحية " لمنطقة
بيمونتي في 2020/05/14 ول " أحكام تنفيذية للوقاية وإدارة الطوارئ الوبائية من كوفيد لوزارة الصحة بتاريخ 2020/05/27. المعالجة ضرورية لأسباب تتعلق بالمصلحة العامة على صعيد قطاع
الصحة العامة وفقاً للمادة 9 ، الفقرة 2 حرف إ

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'UTENTE

الجزء الذي يجب أن يملأه من طرف المستخدم

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci

الموقعون أدناه هم على دراية بالمسؤوليات الجنائية والتأثيرات الإدارية المترتبة على

تزوير المستندات والإقرارات الكاذبة

AUTOCERTIFICA QUANTO SEGUE: التصديق الذاتي على مايلي :

...../...../..... التاريخ (Data) الساعة (Ora)
في (nato il) (Il sottoscritto) الموقع أسفله .	الإسم COGNOME E NOM (a).....

ATTUALMENTE È IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO حاليا في العزلة الإثمانية	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
PROVIENE DA UNA STRUTTURA RESIDENZIALE (Casa di Riposo; Lungodegenza; Struttura Riabilitativa) → se si consegnare scheda della struttura تأتي من دار رعاية المسنين (دار ترميز ؛ جناح طويل الأجل ؛ مرفق إعادة التأهيل) →، إذا كانت الإجابة فقم بتسليم الورقة للمصحة	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
E CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO: وأنه خلال 14 اليوم الأخير :		
UN CONTATTO STRETTO (vedi retro) CON CASO CONFERMATO COVID - 19 كان له إتصال وثيق (أنظر للخلف) مع حالة مؤكدة للكوفيد - 19	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
UN DECESSO DI FAMILIARE CONVIVENTE PER CAUSE INSPIEGATE وفاة أحد أفراد الأسرة لأسباب غير واضحة	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
UN ACCESSO IN STRUTTURA/REPARTO CON PAZIENTI COVID - 19 ACCERTATI دخول للمصحة/ قسم الحالات المؤكدة ل كوفيد - 19	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
(> 37.4 °C) (> 37.4 °C) الحمى	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
TOSSE السعال	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
DIFFICOLTA' A RESPIRARE / MANCANZA DI FIATO (dispnea) ضيق النفس / صعوبة في التنفس	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا

Se positivo almeno un criterio tra quelli sopra autocertificati: CASO SOSPETTO COVID - 19

إذا كانت هناك إيجابية على الأقل لواحد من المعايير المصدق عليها ذاتياً أعلاه: حالة مشتبه فيها لكوفيد - 19

RAFFREDDORE (rinite) نزلات البرد (التهاب الأنف)	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
MAL DI GOLA (faringodinia) احتقان في الحلق (التهاب الحلق)	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
DOLORI MUSCOLARI / STANCHEZZA/ AFFATICAMENTO I آلام العضلات / التعب / الإجهاد	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
NAUSEA/VOMITO/DIARRE الغثيان / القيء / الإسهال	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
PERDITA DELLA CAPACITA' DI SENTIRE ODORI E/O SENSAZIONE DEL GUSTO (disosmia / disgeusia) فقدان القدرة على الشم و / أو الإحساس بالطعم (عسر الهضم / خلل الذوق)	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
CONGIUNTIVITE التهاب ملتحمية	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا

Se positivi almeno due criteri tra quelli sopra autocertificati: CASO SOSPETTO COVID - 19

إذا كانت هناك إيجابية على الأقل لإثنين من المعايير المصدق عليها ذاتياً أعلاه: حالة مشتبه فيها لكوفيد - 19

→ **(Firma del dichiarante) توقيع المصرح**

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE SANITARIO
الجزء الذي يجب ملؤه من طرف الأطر الصحية

Se l'utente proviene da una struttura residenziale:

إذا كان المستخدم قادمًا من إحدى دور رعاية المسنين :

DISPONIBILE "MOD ^{INTERAZIENDALE} 010_ Triage coronavirus_modulo di invio da una struttura residenziale"	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
متوفر "نموذج ما بين الشركات 010_ فرز الحالات المصابة بفيروس كورونا_ يرسل نموذج من دور رعاية الصحية"		
PAZIENTE IDONEO ALL'ACCESSO	SI <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا
المريض يوجد في حالة تسمح له بالدخول		

NOTE:

ملوحة

SE IL PAZIENTE VIENE INVIATO A DOMICILIO INDICARE:

إذا تم إرسال المريض إلى المنزل ، فيجب ذكر:

N° tel.(رقم الهاتف) _____ Indirizzo (العنوان) _____

Città (المدينة) _____

Cognome sul citofono (اللقب الموضوع على جرس الباب) _____

TUTTE LE SCHEDE POSITIVE DEVONO ESSERE INVIATE VIA FAX (1035) ALLA DSP.

يجب إرسال جميع الإشارات الإيجابية عبر الفاكس (1035) إلى قسم معاينة الأمراض المعدية

Matricola Operatore sanitario del pre triage che ritira la scheda _____.

رقم تسجيل العامل الصحي القائم على عملية الفرز الذي أشرف على أخذ الاستمارة -

CRITERI DI DEFINIZIONE DI CONTATTO STRETTO معايير تعريف الاتصال عن قرب

- التعايش مع حالة لكوفيد - 19
- الاتصال الجسدي المباشر بحالة مصابة بكوفيد - 19 (مثل المصافحة)
- الاتصال المباشر الغير المحمي مع إفرازات لحالة الإصابة بكوفيد - 19 (على سبيل المثال ، لمس المناديل الورقية المستعملة بيدتين عاريتين)
- ملامسة مباشرة (وجهاً لوجه) لحالة مصابة بكوفيد - 19 بحيث مسافة الفاصلة بينهما أقل من مترين وتستمر لأكثر من 15 دقيقة
- البقاء في وسط مغلق (على سبيل المثال ، الفصل الدراسي ، غرفة الاجتماعات ، غرفة الانتظار بالمستشفى) مع وجود حالة الإصابة بكوفيد لمدة 15 دقيقة ومسافة لا تقل عن مترين
- الرعاية الصحية المباشرة أو الأنشطة المختبرية من أجل معاينة عينات للحالات مصابة بكوفيد - 19 دون استخدام معدات الوقائية الموصى بها أو من خلال استخدام معدات الشخصية الغير الملائمة
- مسافر على متن الطائرة و من خلال مقعدين متجاورين كيف ما كانت الوجهة مع حالة الإصابة بكوفيد - 19 دون أعراض خطيرة ولم يتم بتحركات داخل الطائرة
- راكب على متن الطائرة أو مسافر محتاج للرعاية الصحية أو أحد أفراد طاقم الطائرة المقيمين في قسم الطائرة حيث توجد حالة الإصابة بكوفيد - 19 تظهر عليه أعراض خطيرة ولكنه ظل جالساً في مكانه
- مسافر جوا ، شخصاً مسؤول عن الرعاية الصحية أو أحد أفراد طاقم الطائرة مع التواجد الدائم في المقصورة /و على متن الطائرة حيث إنتقل المصاب بكوفيد - 19