

 A.O. S. Croce e Carle Cuneo	MODCOVID_19 TRIAGE CORONAVIRUS paziente; accompagnatore; visitatore; tecnico; specialist (autorizzato dal personale della struttura)	Data prima emissione: marzo 2020 Data ultima revisione: 13 agosto 2020
---	--	--

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

Informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 ad integrazione dell'Informativa generale reperibile sul sito: www.ospedale.cuneo.it, sezione: "Protezione dei dati personali", l' AO S. Croce e Carle, in qualità di Titolare, comunica che i dati personali raccolti attraverso questa scheda verranno trattati ai fini dell'applicazione delle misure di prevenzione definite dalle "Linee di indirizzo per la ripresa delle attività sanitarie" della Regione Piemonte del 14/05/2020 e delle "Disposizioni attuative per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19" del Ministero della Salute del 27/05/2020. Il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica ai sensi dell'art.9, par.2, lett.i.

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'UTENTE

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

AUTOCERTIFICA QUANTO SEGUE:

Data/...../.....	Ora
Il sottoscritto <i>COGNOME E NOME</i> nato il a	

ATTUALMENTE È IN ISOLAMENTO FIDUCIARIO	☐ SI	☐ NO
PROVIENE DA UNA STRUTTURA RESIDENZIALE (Casa di Riposo; Lungodegenza; Struttura Riabilitativa) → se sì consegnare scheda della struttura	☐ SI	☐ NO
E CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO:		
UN CONTATTO STRETTO (vedi retro) CON CASO CONFERMATO COVID - 19	☐ SI	☐ NO
UN DECESSO DI FAMILIARE CONVIVENTE PER CAUSE INSPIEGATE	☐ SI	☐ NO
UN ACCESSO IN STRUTTURA/REPARTO CON PAZIENTI COVID – 19 ACCERTATI	☐ SI	☐ NO
FEBBRE (> 37.4 °C)	☐ SI	☐ NO
TOSSE	☐ SI	☐ NO
DIFFICOLTA' A RESPIRARE / MANCANZA DI FIATO (dispnea)	☐ SI	☐ NO

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

RAFFREDDORE (rinite)	☐ SI	☐ NO
MAL DI GOLA (faringodinia)	☐ SI	☐ NO
DOLORI MUSCOLARI / STANCHEZZA/ AFFATICAMENTO	☐ SI	☐ NO
NAUSEA/VOMITO/DIARREA	☐ SI	☐ NO
PERDITA DELLA CAPACITA' DI SENTIRE ODORI E/O SENSAZIONE DEL GUSTO (disosmia / disgeusia)	☐ SI	☐ NO
CONGIUNTIVITE	☐ SI	☐ NO

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



Firma del dichiarante _____

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE SANITARIO

Se l'utente proviene da una struttura residenziale:

DISPONIBILE "MOD _{INTERAZIENDALE} 010_Triage coronavirus_modulo di invio da una struttura residenziale"	☐ SI	☐ NO
PAZIENTE IDONEO ALL'ACCESSO	☐ SI	☐ NO

NOTE:

SE IL PAZIENTE VIENE INVIATO A DOMICILIO INDICARE:

N° tel. _____ Indirizzo _____ Città _____

Cognome sul citofono _____

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

Matricola Operatore sanitario del pre triage che ritira la scheda _____

CRITERI DI DEFINIZIONE DI CONTATTO STRETTO

- Convivenza con un caso di COVID-19
- Contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano)
- Contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)
- Contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti
- Permanenza in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri
- Attività di assistenza diretta ad un caso di COVID-19 oppure attività in laboratorio con manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei
- Passeggero di viaggio aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19 senza sintomatologia grave e che non abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo
- Passeggero di viaggio aereo, o persona addetta all'assistenza o membro dell'equipaggio con permanenza nella sezione dell'aereo dove un caso di Covid-19 con sintomatologia grave era rimasto seduto
- Passeggero di viaggio aereo, o persona addetta all'assistenza o membro dell'equipaggio con permanenza nella/e sezione/i dell'aereo dove un caso di Covid-19 si era spostato

Stesura	Verifica/Approvazione	Emissione
Dr. Francesco Mana Direzione Sanitaria di Presidio	Dr. Alessandro Garibaldi Direttore Sanitario di Presidio f.f.	Dr. Alessandro Garibaldi Direttore Sanitario di Presidio f.f.
Dr. Daniele Dogliotti Coordinatore di Comparto Area Organizzativa Aziendale Ambulatoriale e Diurna Direzione Professioni Sanitarie		
Dr.ssa Lorella Nasi Funzione Qualità e Accreditamento		