



## FORMULARIO DI AUTOCERTIFICAZIONE

### È PROIBITO L'ACCESSO DALL'ESTERNO:

- A chiunque presenti tosse, mal di gola, affanno con o senza febbre, sensazione di febbre o dolori muscolari oppure perdita improvvisa dell'olfatto o del gusto

### PUÒ ACCEDERE IN STRUTTURA CHI:

(la struttura ha l'obbligo di garantire il controllo dello stato di salute dei visitatori e di garantire la tracciabilità degli ingressi):

- Compila il formulario
- Non ha febbre alla rilevazione
- Si disinfetta le mani
- Indossa la mascherina
- Indossa il camice se vuole avere un contatto fisico o visite in camera
- Minori sotto i 12 anni se accompagnati da un adulto che se ne assume la responsabilità

### REGOLAMENTO DELLE VISITE:

- Fascia oraria 12:00-18:00
- Durata della visita: massimo 45 minuti
- Visite ammesse solo nello spazio creato appositamente o nelle camere
- Massimo 2 visitatori a residente, una visita al giorno

### AUTOCERTIFICAZIONE

È in isolamento oppure in quarantena?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha avuto contatto con persone confermate COVID-19 positive o con un caso confermato di COVID-19 in laboratorio, negli ultimi 10 giorni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha visitato, soggiornato o transitato in uno dei paesi considerati a rischio dall'Ufficio Federale della Sanità Pubblica negli ultimi 14 giorni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Ha avuto uno dei seguenti sintomi negli ultimi 10 giorni?

Febbre o sensazione di febbre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tosse e/o mal di gola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Respiro difficoltoso con o senza febbre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Improvvisa perdita dell'olfatto e/o del gusto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Dati del residente a cui si fa visita

Nome		Cognome	
Camera		Reparto	

Dati del visitatore

Nome		Cognome	
Nr.di telefono		Temperatura rilevata	
Data entrata		Orario d'entrata	Orario d'uscita

Il visitatore dichiara di aver letto il regolamento e di impegnarsi a rispettarlo allo scopo di preservare la propria sicurezza, quella del proprio caro e dell'intera comunità della Casa Anziani.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma

Le Direzioni sanitarie e amministrativa tratteranno i vostri dati nel rispetto della privacy secondo la normativa vigente in materia di protezione dei dati (LPD 235.1 del 19 giugno 1992).

Castelrotto 22.09.2020

Commissione d'igiene ospedaliera  
Direzione Sanitaria  
Direzione Amministrativa