

Allegato 5. FAC SIMILE DIARIO DI MONITORAGGIO DEL RISCHIO COVID-19

Diario giornaliero per il monitoraggio del rischio Covid-19Il **sottoscritto*** _____

nato il _____ a _____ (____)

residente in _____, via/piazza _____

in qualità di genitore/tutore/legale rappresentante di _____

nato il _____ a _____ (____)

residente in _____ (____)

via/piazza _____

inserito nella Struttura residenziale _____

con sede in _____

si impegna a registrare quotidianamente le informazioni necessarie al monitoraggio dell'esposizione al rischio di Covid-19 per la durata dell'intero periodo di assenza temporanea dalla struttura residenziale, seguendo lo schema rappresentato nella tabella allegata alla presente e stampando un numero di pagine sufficiente a coprire l'intero periodo di assenza. Le informazioni sono finalizzate esclusivamente alla prevenzione del rischio di infezione da Covid-19 e sono trasmesse al responsabile della struttura in tempo utile per valutare l'idoneità al rientro in struttura o l'eventuale necessità di disporre approfondimenti diagnostici.

In caso di comparsa di febbre o sintomi potenzialmente riconducibili al Covid-19 (tosse, mal di gola, difficoltà respiratoria, congestione nasale, congiuntivite, perdita dell'olfatto o del gusto, diarrea) nell'ospite della struttura o in un convivente/contatto stretto, così come nel caso in cui venga a sapere di un contatto stretto ammalato di Covid-19, il sottoscritto si impegna ad informarne tempestivamente il Medico di Medicina Generale ed il responsabile della Struttura.

Data _____ Firma _____

***Compilazione da parte del rappresentante legale, esclusivamente se la persona ospite della Struttura residenziale è rappresentata da altri. Se l'ospite è autonomo è tenuto a compilare soltanto le pagine del diario**

Allegato 5. FAC SIMILE DIARIO DI MONITORAGGIO DEL RISCHIO COVID-19

Nome e cognome dell'ospite: _____ Numero progressivo pagina diario _____

Data di inizio del periodo di assenza: ____/____/____

GIORNO Indicare il numero progressivo dei giorni di assenza (1,2,3,4,n)	SINTOMI Indicare la presenza di uno o più sintomi (febbre>37,5 C tosse, mal di gola, difficoltà respiratoria, congestione nasale, congiuntivite, perdita dell'olfatto o del gusto, diarrea)	LUOGHI FREQUENTATI Indicare i luoghi diversi dal proprio domicilio frequentati per una durata superiore a 15minuti	CONTATTI STRETTI Indicare i nomi delle persone diverse dai congiunti frequentate per un periodo di tempo superiore a 15 minuti in luoghi chiusi senza l'impiego della mascherina o senza rispettare la distanza fisica minimia di 1 metro

In caso di febbre o sintomi potenzialmente riconducibili a Covid-19 nell'ospite della Struttura o in un convivente/contatto stretto, così come nel caso in cui venga a sapere di un contatto stretto Covid-19 positivo, il sottoscritto si impegna ad informarne tempestivamente il Medico di Medicina Generale e il direttore della struttura.

Data _____ Firma _____