A DIPENDENTI Az. Ospedaliera S. Maria

SITRO

DMPO

p.c. Direttore amministrativo

Commissario Straordinario

Oggetto: trasmissione questionario anamnestico COVID-19

Con la presente si dispone che ogni dipendente, al rientro in servizio dopo un periodo di assenza, a qualsiasi titolo, compili il questionario in allegato (all. 1) e lo consegni al proprio Dirigente prima di riprendere servizio.

Una copia del questionario dovrà quindi essere inoltrata alla Segreteria DMPO (dirigenti medici, sanitari e personale amministrativo e dell’ufficio tecnico) e SITRO (personale infermieristico, tecnico e di assistenza).

Analogo comportamento è richiesto ai Responsabili delle Ditte che operano, a vario titolo, all’interno del Presidio, relativamente alla forza lavoro impiegata. Gli stessi responsabili sono tenuti alla conservazione del questionario e inviarne copia alla segreteria DMPO: segreteria.dirmedica@aospterni.it.

Nell’All. 2 sono riportati i criteri per differenziare i comportamenti.

Qualora le risposte al questionario dovessero essere positive, il dipendente dovrà essere rinviato al proprio domicilio dando indicazione di contattare il proprio medico curante o il n. 800 636363 e inviare copia del questionario a mezzo mail a: [m.palumbo@aospterni.it](mailto:m.palumbo@aospterni.it).

La disposizione ha effetto immediato.

Direttore Sanitario f.f.

Dr. Sandro Vendetti

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO all. 1**

**DATI DIPENDENTE – MATRICOLA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

Comune di Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di Domicilio (se diverso dalla Residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via del Domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. di conviventi\_\_\_\_\_\_ MMG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA**

Ha fatto viaggi negli ultimi 14 giorni? **□ No □ Si** Se SI di Dove \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*La zona è* **□ a rischio o □ a non rischio**

Data di partenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ha avuto contatto stretto con un caso sospetto? **□ No □Non So □Si**

Se si descrivere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ha avuto contatto stretto con un caso certo? **□ No □Non So □Si**

Se si descrivere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c. Ha lavorato o frequentato una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con

infezione? **□ No □Non So □Si**

Se si descrivere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il dipendente si impegna a comunicare al Responsabile dell’UO/Servizio qualsiasi variazione dovesse verificarsi.

**Data Firma**

**All. 2**

**In assenza di risposte positive si tratta di un “NON CASO”.**

In presenza di zona a rischio codificate dal Ministero della Salute nella data della certificazione, in quanto suscettibili di modificazioni, oppure in caso di risposta positiva ad almeno una delle domande di valutazione epidemiologica si tratta di **CONTATTO STRETTO.**

Deve seguire la valutazione clinica da parte del medico di competenza (MMG o Medico Dip. Prevenzione) per individuare se il SOGGETTO CON CONTATTO STRETTO è un CASO che preclude il rientro in servizio.