

MM/sc

Ai Direttori di Dipartimento
Ai Direttore di UOC
Ai Direttori di UOSD
Al Direttore f.f. Direzione Infermieristica
Dott. Alessandro Sili

Al Responsabile UOSD ATP
Dott.ssa Maria Rosa Loria

Oggetto: ingresso visitatori pazienti

In relazione all'aumento dei contagi Covid dell'ultimo periodo si rammenta che in base alla normativa vigente, risultano in vigore le seguenti regole:

1. L'ingresso dei visitatori all'interno del PTV potrà avvenire soltanto per chi è munito di dispositivo di protezione delle vie respiratorie (ex art. 1, comma C, Ord. Min. Sal. 15.06.22) e dopo essersi sottoposto a misurazione della temperatura.
- **Per accedere ai Reparti di degenza e OBI** il visitatore dovrà esibire la Certificazione Verde COVID-19/Green Pass, il proprio documento di identità e compilare il questionario di autovalutazione Covid 19 allegato; i Direttori delle UU.OO, **in caso di elevato rischio epidemiologico**, possono richiedere il referto di tampone antigenico o molecolare negativo, effettuato entro le 48 ore oppure disporre la sospensione delle Visite.
- **Per i SOLI Reparti di Ematologia, Ematologia Trapianti, Geriatria, Malattie dell'Apparato Respiratorio, Malattie Infettive, Oncologia, Terapia Intensiva, UTIC, UTN** il visitatore dovrà esibire la Certificazione Verde COVID-19/Green Pass, il referto di tampone antigenico o molecolare negativo, effettuato entro le 48 ore, il proprio documento di identità e compilare il questionario di autovalutazione Covid 19; i Direttori delle UU.OO, **in caso di elevato rischio epidemiologico**, possono disporre la sospensione delle Visite.

Prima di accedere ai reparti di degenza, il Visitatore deve rivolgersi al desk accoglienza nella Galleria principale per effettuare il controllo e la registrazione; **riceverà un braccialetto di colore giallo da indossare e mostrare all'ingresso del reparto per visitare il proprio familiare.**

2. **E' vietato l'accesso dei visitatori ai reparti Covid e alle stanze di degenza dei pazienti in isolamento** per positività o per contatti stretti Covid, tranne casi particolari (ad esempio "fine vita"), dove, previo tracciamento in cartella, può essere concesso l'accesso dai Direttori delle rispettive UU.OO.
3. **E' consentito l'accesso ad un solo visitatore** per stanza di degenza.
4. I visitatori possono sostare solo nella stanza del paziente ricoverato (prima e dopo il contatto del paziente deve essere effettuata l'igiene delle mani).

Si invita a dare informazione capillare di tali obblighi, anche attraverso affissioni di informativa.
Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario
Dott. Marco Mattei



Scheda di autovalutazione rischio COVID-19 Accesso Visitatori

Spazio riservato operatore

Green Pass

Tampone

Luogo: PTV/Rev2/settembre 2021

Data / / Ora _____

Cognome _____ Nome _____ data di nascita / /

Luogo di nascita _____ residenza _____ n° _____ Comune _____

Numero di conviventi _____ tel./Cell. _____

E' vaccinato contro il Covid 19? SI NO

Ha eseguito un tampone naso faringeo nelle ultime 48 ore? SI NO

DICHIARA:

1. Attualmente ha almeno una tra i seguenti sintomi generali:

Febbre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____
Malessere/spossatezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____
Mal di testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____

2. Almeno una tra i seguenti sintomi respiratori:

Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____
Flato Corto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si da quanto tempo _____

3. Dati epidemiologici (almeno uno)

E' stato negli ultimi 15 gg in Pesi o località a rischio?
SI NO NON NOTO

Se si specificare luogo data di partenza _____

Ha avuto contatti con soggetti affetti da COVID-19?
SI NO NON NOTO

Ha avuto contatti con persone provenienti da Paesi/Località a rischio?
SI NO NON NOTO

Dichiara che quanto sopra riportato corrisponde al vero, di aver ricevuto e ben compreso tutte le informazioni sul corretto utilizzo della mascherina e di doverla mantenere fino al termine della mia permanenza presso l'ospedale. Nel rispetto delle indicazioni contenute nel DPCM del 4 marzo 2020 dichiara, infine, di aver correttamente fornito al personale sanitario ambulatoriale tutte le informazioni da quest'ultimo richieste e di impegnarmi a collaborare secondo le indicazioni date dalla Direzione sanitaria, al fine di preservare la salute degli altri pazienti trattati.

Roma _____

FIRMA DEL VISITATORE _____

(conservare per 15 gg successivi alla visita)



PTV
PEDIATRICA TIVOLI