



Fondazione S. Maria Goretti – Servizi alla Persona
Viale degli Eroi, 17
60013 CORINALDO (AN)
C.F. 83001250428

4.1 Patto di condivisione del rischio

Gentile Signore/a,

in ottemperanza all'Ordinanza del Ministero della Salute del 08/05/2021, nel richiamare sinteticamente quanto previsto dal Regolamento per gli accessi pubblicato sul sito web della Fondazione S. Maria Goretti – Servizi alla Persona (www.fondazionesmg.it), è stato predisposto il presente "Patto di condivisione del rischio" che le chiediamo di sottoscrivere per accettazione.

Regole per l'accesso:

1. È consentito, previa verifica del rispetto delle condizioni di cui ai punti 2 e 3, l'accesso di massimo 2 (due) familiari/congiunti appartenenti al medesimo nucleo familiare al giorno per singolo paziente/ospite, per un tempo massimo di permanenza/durata visita pari a 30 minuti;
2. L'accesso è subordinato al soddisfacimento delle seguenti condizioni, da documentare esibendo le necessarie certificazioni:
 - Completamento del ciclo vaccinale contro il SARS-CoV-2 (Covid-19) nei sei mesi antecedenti la data di accesso alla Residenza Protetta per Anziani e Casa di Riposo;
 - Guarigione dall'infezione da SARS-CoV-2, corrispondente alla cessazione dell'isolamento prescritto a seguito del riscontro di un tampone positivo, nei sei mesi antecedenti la data di accesso alla Residenza Protetta per Anziani e Casa di Riposo;
 - Referto di un test molecolare o antigenico rapido per la ricerca del virus SARS-CoV-2 con esito negativo, eseguito nelle 48 ore antecedenti l'accesso.
3. Il visitatore è tenuto ad accedere in due postazioni all'aperto (gazebo nel giardino oppure ombrellone al pianerottolo del 1° piano) indossando correttamente una mascherina (almeno FFP2, KN95, N95 o superiore).
4. Turni di accesso alla struttura:
 - 1°: 9.30 – 10.00
 - 2°: 9.45 – 10.15
 - 3°: 10.00 – 10.30
 - 4°: 10.15 – 10.45
 - 5°: 10.30 – 11.00
 - 6°: 10.45 – 11.15
 - 7°: 11.00 – 11.30
5. In caso di maltempo le visite si svolgeranno nella saletta incontri per un solo ospite alla volta, con durata massima della visita di 15 minuti per ciascun familiare/visitatore (primo turno alle ore 9.30 – ultimo turno alle ore 11.00); durante l'incontro le finestre della stanza dovranno rimanere aperte e la porta di collegamento alla Struttura

chiusa.

6. Durante la visita è necessario rispettare le seguenti misure di sicurezza:

- ☐ indossare correttamente gli eventuali altri dispositivi di protezione individuale messi a disposizione dalla Fondazione Santa Maria Goretti – Servizi alla Persona;
- ☐ seguire i percorsi in entrata ed uscita dalla Struttura, indicati dagli addetti;
- ☐ mantenere la distanza di almeno 1 metro tra Lei e l’Ospite, evitando contatti fisici se non espressamente consentiti dal personale della Struttura;
- ☐ osservare l’igiene respiratoria;
- ☐ effettuare frequentemente l’igienizzazione delle mani tramite gel idroalcolico che sarà a sua disposizione.

7. Non è consentita l’introduzione di alimenti portati da casa se non preventivamente autorizzata dalla Direzione Sanitaria.

8. Non è consentita l’introduzione di oggetti non sanificabili secondo le procedure ordinarie.

9. Restano vietate le visite all'interno del nucleo di degenza .

10. Restano vietati i rientri in famiglia e le uscite programmate degli ospiti.

Qualora i requisiti ricordati ai punti 2 e 3 non siano rispettati o il visitatore non intenda sottoscrivere il presente Patto di condivisione del rischio, la visita non sarà autorizzata

Il sottoscritto (Cognome e Nome in stampatello) è _____

adeguatamente informato circa:

- ☐ i rischi infettivi che possono derivare ai pazienti/ospiti dalle visite se non vengono rispettati i comportamenti e le precauzioni prima richiamati;
- ☐ gli impegni assunti dalla Fondazione Santa Maria Goretti per il contenimento del rischio infettivo attraverso la formazione del personale, il recepimento delle indicazioni ministeriali e regionali in tema, l’implementazione e il costante aggiornamento delle procedure organizzative, la promozione della campagna vaccinale negli operatori sanitari e negli ospiti delle Residenze Protette per Anziani e Casa di Riposo, lo screening periodico degli operatori, la vigilanza sull’adesione alle regole di comportamento degli esterni, la sanificazione degli ambienti e delle superfici

dichiara di avere ben compreso i termini dell’informativa ed accetta di rispettare le condizioni previste per l’effettuazione della visita.

Corinaldo, lì ____/____/____

Firma visitatore

(ART. 9 - Certificazioni verdi COVID-19)

4.2 Certificazione verde COVID-19 di avvenuta vaccinazione:

Cognome e nome: _____;

Data di nascita __/__/____;

Malattia o agente bersaglio: COVID-19;

Tipo di Vaccino/profilassi _____/_____;

Prodotto medico vaccinale (codice AIC e denominazione del vaccino) _____;

Produttore o titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio del vaccino
_____;

Numero della dose effettuata e numero totale di dosi previste per l'intestatario del certificato
_____/_____;

Data dell'ultima somministrazione effettuata __/__/____;

Stato membro di vaccinazione _____;

Struttura che detiene il certificato _____;

Identificativo univoco del certificato _____

Data	Timbro e firma
 ____/____/____ 	

(ART. 9 - Certificazioni verdi COVID-19)

4.3 Certificazione verde COVID-19 di guarigione:

Cognome e nome: _____;

Data di nascita __/__/____;

Malattia o agente bersaglio che ha colpito il cittadino: COVID-19;

Data del primo test positivo __/__/____;

Stato membro in cui è stata certificata l'avvenuta guarigione _____;

Struttura che ha rilasciato il certificato _____;

Validità del certificato dal __/__/____ al __/__/____;

Identificativo univoco del certificato _____.

Data	Timbro e firma
__/__/____	

(ART. 9 - Certificazioni verdi COVID-19)

4.4 Certificazione verde COVID-19 di test antigenico rapido o molecolare con esito negativo:

Cognome e nome: _____;

Data di nascita __/__/____;

Malattia o agente bersaglio: COVID-19;

Tipologia di test effettuato _____;

Nome del test _____;

Produttore del test _____;

Data e orario della raccolta del campione del test _____;

Data e orario del risultato del test _____;

Risultato del test _____;

Centro o struttura in cui è stato effettuato il test _____;

Stato membro in cui è effettuato il test _____;

Struttura che detiene il certificato _____;

Identificativo univoco del certificato _____

Data	Timbro e firma
 ____/____/____ 	

4.5 QUESTIONARIO/TRIAGE

Cognome		Nome	
Data di Nascita	/...../.....	Luogo di Nascita	 (.....)
Recapito telefonico	/.....	Familiare di	 (Cognome e Nome)

	SI'	NO
Ha avuto una diagnosi di COVID-19?	☐	☐
Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?)	☐	☐
E in quarantena?	☐	☐
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19?	☐	☐
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?	☐	☐
Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?	SI'	NO
• Febbre/febbricola	☐	☐
• Tosse e/o difficoltà respiratorie	☐	☐
• Malessere, astenia	☐	☐
• Cefalea	☐	☐
• Congiuntivite	☐	☐
• Sangue dal naso/bocca	☐	☐
• Vomito e/o diarrea	☐	☐
• Inappetenza/anoressia	☐	☐
• Confusione/vertigini	☐	☐
• Perdita/alterazione dell'olfatto	☐	☐
• Perdita di peso	☐	☐
• Disturbi dell'olfatto e o del gusto	☐	☐

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R.28/12/2000 n.445

Temperatura Corporea rilevata all' ingresso:

DATA

Firma

.....

..... / /

.....