



Casa
Paganini Rè

FORMULARIO D'ACCESSO ALLA CASA ANZIANI CONFORME A

DIRETTIVA UFFICIO MEDICO CANTONALE 16.10.2020

AUTODICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Per accedere alla Casa Paganini Rè, dal 17.10.2020, è indispensabile compilare e consegnare il presente formulario, per ogni persona ad ogni visita.

Uno degli aspetti più delicati nella tutela dei vostri cari è quello di evitare ogni contatto con persone sintomatiche. Vi chiediamo di compilare con attenzione l'autodichiarazione di non aver avuto i sintomi elencati **negli ultimi 14 giorni**.

Cognome e nome: _____

Recapito telefonico: _____

Visita al Residente: _____

Con la sua firma dichiara di:

1. Non aver soggiornato o transitato in una delle nazioni contenuta nell'elenco degli Stati e delle regioni con rischio elevato di contagio allegato all'Ordinanza sui provvedimenti per combattere il coronavirus (COVID19) nel settore del traffico internazionale viaggiatori.
2. Non aver sintomi di una malattia acuta delle vie respiratorie (p.es. tosse, mal di gola, affanno) con o senza febbre, sensazione di febbre e/o febbre o dolori muscolari.
3. Non aver avuto insorgenza improvvisa di anosmia o ageusia (perdita dell'olfatto o del gusto).
4. Non aver avuto contatto con persone confermate COVID-19 positive o di essere entrato in contatto con un caso confermato di COVID-19 in laboratorio negli ultimi 14 giorni.
5. Non essere sottoposto a quarantena obbligatoria a domicilio e/o che non sussistono ragioni per cui Lei dovrebbe annunciarsi all'Ufficio del Medico Cantonale per essere sottoposto a quarantena esempio: contatti con persone affette da COVID-19 o rientri da paesi a rischio.
6. Impegnarsi a comunicarci l'insorgenza di eventuali sintomi come sopra, nelle 48 ore successive alla sua visita in Casa Anziani.

Inoltre dichiaro:

- ❖ Di rispettare le misure di Protezione decise dalla Casa Paganini Rè per la mia propria sicurezza, quella del proprio caro e dell'intera comunità della Casa. Queste misure possono variare a dipendenza dell'evolversi della situazione.
- ❖ Di aver preso atto che (come da direttiva del medico cantonale, Art. 23) durante la visita è responsabilità del residente e del visitatore attenersi alle disposizioni di igiene ricevute dal personale della Casa.

Luogo, data: _____

Firma: _____

I dati raccolti hanno il solo scopo di tutelare e non verranno diffusi a terzi né utilizzati per altri fini

Casa Paganini Rè

Via Convento 7 - 6500 Bellinzona
Tel. 091 821 81 00 - Fax. 091 826 20 36
info@paganinire.ch - www.paganinire.ch

21.09.2020