



Casa
Paganini R 

FORMULARIO D'ACCESSO ALLA CASA ANZIANI CONFORME

ALLA DIRETTIVA UFFICIO MEDICO ANTONALE 26.2.2021



AUTODICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Per accedere alla Casa Paganini R ,   indispensabile compilare e consegnare il presente formulario, per ogni persona ad ogni visita.

Uno degli aspetti pi  delicati nella tutela dei vostri cari   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 un paese considerato a rischio dalla Confederazione Svizzera in particolare in **Inghilterra, Sud Africa, Brasile o Scozia** negli ultimi 14 giorni.
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, affaticamento generalizzato, mal di testa, disturbi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea) o dolori muscolari **nelle ultime 48 ore**.
3. Non aver avuto insorgenza improvvisa di anosmia o ageusia (perdita dell'olfatto o del gusto).
4. Non aver avuto contatto con persone confermate positive dal laboratorio al COVID-19 negli ultimi 14 giorni.
5. Non essere sottoposto a quarantena / isolamento obbligatoria a domicilio e/o che non sussistono ragioni per cui Lei dovrebbe annunciarsi all'Ufficio del Medico Cantonale per essere sottoposto a quarantena / isolamento esempio: contatti con persone affette da COVID-19 o rientri da paesi a rischio.
6. Negli ultimi 14 giorni, nella mia stessa economia domestica non ci sono stati/ ci sono persone che hanno sofferto / soffrono di sintomi riconducibili a COVID.19 o che non hanno avuto contatti anche indiretti (tramite la stretta cerchia familiare) con persone risultate positive al COVID-19.
7. Impegnarsi a comunicarci l'insorgenza di eventuali sintomi come sopra, **nei 5 giorni successivi alla sua visita in Casa Anziani**.

Inoltre dichiaro:

- ❖ Di rispettare le misure di Protezione decise dalla Casa Paganini R  per la mia propria sicurezza, quella del proprio caro e dell'intera comunit  della Casa. Queste misure possono variare a dipendenza dell'evolversi della situazione.
- ❖ Rispettare, applicare le regole d'igiene vigenti e indossare la mascherina chirurgica coprendo naso e bocca per tutto il tempo di permanenza all'interno della struttura e almeno fino all'uscita dalla stessa;
- ❖ Camice obbligatorio per le visite ravvicinate;
- ❖ Non consegnare direttamente al/alla proprio/a caro/a cibi, bevande o altri articoli; questi vanno consegnati al personale della Casa al momento dell'entrata;
- ❖ Aver preso atto che, come da direttiva del Medico Cantonale valida dal 01.03.2021, durante la visita   responsabilit  del Residente e del Visitatore attenersi a disposizioni di igiene ricevute dal personale dell'Istituto

Luogo, data: _____

Firma: _____

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