

Montecompatri , 28 Luglio 2020

PROTOCOLLO ATTUATIVO ORDINANZA DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO 21 LUGLIO 2020, N. Z00053 SAN RAFFAELE DI MONTECOMPATRI

Preso atto del contenuto dell'ordinanza n. Z00053, visto quanto indicato nel PO SR 002 revisione 3°, considerato quanto scaturito dalle riunioni con i Medici Responsabili e Caposala del 27/07/2020

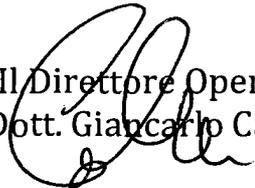
SI DISPONE

- La richiesta di visita del paziente ricoverato, da parte dei familiari o congiunti, deve essere avanzata telefonicamente al Medico Responsabile o alla Caposala del reparto dove lo stesso è ricoverato, preavvertendo che le visite, essendo contingentate, sono autorizzate secondo determinati criteri e solo con utilizzo di DPI ed igiene delle mani.
- Il Medico Responsabile, preso atto dello stato di salute del paziente, considerata la necessità di garantire il benessere psicofisico del paziente, valuta la richiesta e stabilisce se dare seguito o meno alla richiesta.
- Il Medico Responsabile, o chi per Lui, porta la richiesta scritta alla Direzione Sanitaria al fine di accordare la data e l'orario di espletamento nonché la modalità della visita.
- Le visite possono essere autorizzate per un massimo di trenta minuti al giorno e per un massimo di due persone per ogni paziente, le visite possono essere espletate al letto del paziente, attraverso una barriera formata da un vetro, nella stanza colloqui, ovvero, formula se attuabile da preferire, zona esterna coperta, antistante il bar al 3° piano, in ogni caso i percorsi sono quelli esterni e già individuati in alternativa a quelli utilizzati nell'attività sanitaria.
- Il parente dovrà procurarsi per proprio conto e indossare i dispositivi individuali di protezione, mascherina, camice monouso e calzari, solo se la visita è effettuata all'esterno sarà sufficiente la mascherina.
- Il parente non potrà svolgere atti di effusione con il paziente.



- Se la visita è effettuata presso la stanza colloqui la stessa, subito dopo, verrà bonificata. Il percorso da utilizzare in questo caso è quello attraverso il cortile.
- Se la visita è effettuata presso la stanza di degenza il percorso per raggiungerla è quello esterno, e prima di accedere sarà necessario depositare i propri effetti personali negli armadietti, indossando i dispositivi di sicurezza necessari.
- Il personale del reparto, una volta deciso con la Direzione Sanitaria le modalità, l'orario e la data della visita, comunicherà le stesse al paziente, espletando "trriage" attraverso utilizzo del questionario (All.1) per la validazione, da conservare e da ripetere in caso di visite successive avvertendo sulla necessità di portare con sé i DPI.
- La Direzione Sanitaria, con l'utilizzo dell'apposito registro, comunicherà al personale della hall, il nominativo della persona con la data e l'ora di autorizzazione.
- La persona, in data e ora di autorizzazione, dovrà recarsi presso la hall centrale per essere sottoposta a successivo "trriage" con compilazione del questionario (All.2) sul quale verrà trascritto la misurazione della temperatura, contemporaneamente verrà consegnato il depliant con le modalità di organizzazione, igiene, e attività educativa oltreché l'invito ad installare l'applicazione del Ministero della Salute IMMUNI.
- Il personale della hall avverte il reparto ed invia, se nulla osta, il visitatore dove verrà espletata la visita.
- Al termine il visitatore dovrà lasciare i DPI, da smaltire come rifiuti speciali, nello scatolone presso la hall centrale e dal personale verrà trascritto, sul registro accanto al nominativo, l'orario di uscita.

Per quanto non contemplato nel presente protocollo si invita ad attenersi alle disposizioni dell'ordinanza PRL n.53 del 21/07/2020.


Il Direttore Operativo
Dott. Giancarlo Calenzo


Il Direttore Sanitario
Dott. Carmine Cavallotti



CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA
Via San Silvestro, 67 | 00077 Montecompiatri (RM) | Tel. 06 947811 | Fax 06 94781251
www.sanraffaele.it

Allegato 1

Questionario di Screening telefonico

<p>FEBBRE</p> <p>Negli ultimi 14 giorni è comparsa una febbre superiore a 37,5°C?</p>
<p>SINTOMI</p> <p>Negli ultimi 14 giorni è comparsa tosse, difficoltà respiratoria, difficoltà a riconoscere odori e sapori?</p>
<p>VIAGGI E CONTATTI</p> <p>Negli ultimi 14 giorni ha viaggiato in una zona con elevata incidenza di COVID-19 o ha avuto contatti con qualcuno affetto da COVID-19, o comunque da sintomi respiratori e/o febbre?</p>

DATA: _____ ORA: _____

VISITATORE: _____

RECAPITO TELEFONICO: _____

PAZIENTE: _____

REPARTO: _____

OPERATORE DI STRUTTURA che effettua la somministrazione telefonica del questionario di screening _____

FIRMA OPERATORE per avvenuta informazione sui corretti comportamenti da tenere per la prevenzione della diffusione del virus Sars-Cov-2, sull'importanza del rispetto delle misure igieniche di base e sull'utilizzo di mascherine e DPI per l'accesso alla struttura
firma _____

San Raffaele
MontecompiCASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA
Via San Silvestro, 67 | 00077 Montecompi (RM) | Tel. 06 947811 | Fax 06 94781251
www.sanraffaele.it

Allegato 2

Questionario di valutazione all'ingresso del visitatore

<p>1. Hai viaggiato nelle ultime due settimane in Italia o all'estero?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p>Se sì, Dove (specificare la/le città o lo stato estero/gli stati esteri)? _____</p> <p>Data inizio permanenza _____</p> <p>Data di rientro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> NON RICORDO</p>
<p>2. Hai avuto contatti* con casi accertati di COVID-19? *(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI SENZA MASCHERINE)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>3. Hai avuto contatti* con:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. persone che hanno fatto il tampone? ii. familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone? iii. persone in autoisolamento o sottoposte a quarantena? iv. persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni? <p>*(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI, SENZA MASCHERINE)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>4. Hai avuto contatti con persone che avevano sintomi simil-influenzali? (es. tosse, febbre, mal di testa, mal di gola, stanchezza, crampi muscolari, difficoltà respiratorie, congiuntivite, raffreddore)</p> <p>*(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>

INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI, SENZA MASCHERINE)	
5. Se hai risposto SÌ ad uno dei precedenti quesiti 2, 3, 4, si trattava di: i. un tuo familiare convivente? ii. un collega di lavoro? iii. persona con cui hai avuto contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro) (ristorante, pub, feste private, ecc)?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
6. Hai ricevuto una notifica di possibile esposizione al COVID-19 dalla app IMMUNI?	NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>
7. Hai fatto il tampone per COVID-19?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
8. Se sì, sei risultato positivo?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
9. Sei stato ricoverato e dimesso per COVID-19?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
10. Se sì, sei guarito?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
11. Al momento hai i seguenti sintomi? i. febbre ii. tosse iii. stanchezza iv. dolori muscolari v. difficoltà a respirare vi. espettorazione vii. mal di gola viii. mal di testa ix. congiuntivite x. vomito xi. diarrea	i. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ ii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ iii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ iv. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ v. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ vi. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ vii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ viii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ ix. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ x. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ xi. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ

DATA: _____ ORA: _____

Cognome e Nome VISITATORE: _____

Recapito telefonico: _____

Indirizzo (città/via/cap): _____

PAZIENTE: _____ REPARTO: _____

OPERATORE DI STRUTTURA che effettua eventuale somministrazione del questionario _____

FIRMA OPERATORE per avvenuta illustrazione delle norme comportamentali e precauzionali per la prevenzione dell'infezione da Sars-Cov-2, tra le quali corretto utilizzo di mascherine e DPI, il rispetto della distanza di almeno 1 metro, la corretta etichetta respiratoria, il frequente lavaggio delle mani con acqua e sapone e/o soluzione idroalcolica: (firma leggibile) _____

FIRMA VISITATORE: _____

Allegato 3 SRM

PERMESSO DI ACCESSO VISITATORI

Data e ora visita _____

Modalità visita/accesso _____

Degente: _____	Reparto: _____	Stanza _____
-----------------------	-----------------------	---------------------

Visitatore: _____	Recapito telefonico: _____
--------------------------	-----------------------------------

Costituiscono parte integrante del presente permesso il questionario di screening telefonico e il questionario di valutazione all'ingresso del visitatore.

Data rilascio permesso _____

Firma del Visitatore:
(al momento della visita/accesso)

Firma del Medico del Reparto:

Firma del Direttore Sanitario:

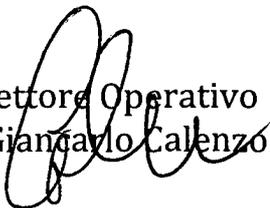
Gentile Signore/a

Nel chiederLe innanzitutto scusa per la pazienza che ha dovuto presentare per poter visitare il Suo congiunto, si fa presente però che le regole attuate sono per garantire il più possibile il non contagio da Covid-19.

La invitiamo quindi ad attenersi scrupolosamente a quanto Le verrà indicato dal personale, ad utilizzare i Dispositivi di Sicurezza, per tutta la durata della visita e a ricordare che una corretta igiene delle mani ed il distanziamento sociale possono garantire un non contagio.

Si invita altresì a valutare la possibilità di installare sul proprio cellulare le APP del Ministero della Salute "IMMUNI" e della Regione Lazio "DOCTOR COVID".

Il Direttore Operativo
Dott. Giancarlo Calenzo



Il Direttore Sanitario
Dott. Carmine Cavallotti

