Procedura per l’ammissione preliminare del minore

all’atto della domanda.

* 1. Presentazione da parte del genitore / tutore /curatore/ amministratore di sostegno modello AUTOCERTIFICAZIONE “Questionario – Triage” di cui al DGRM 523/2020”
	2. In caso di positività di almeno uno degli items : certificazione redatta a cura del MMG e/o PLS attestante lo stato di salute del minore

Procedura del Check in giornaliero:

1. L’addetto al chek in , preventivamente individuato, somministra il questionario al genitore all’arrivo del minore prima del suo ingresso dell’area comune;
	1. In caso di positività di uno degli items
		1. Inibisce l’ingresso
		2. Comunica al genitore la necessità di rivolgersi al MMG – PLS
2. L’addetto al check in controlla la temperatura corporea del minore con termo scanner :
	1. Febbre < 37.5°C
		1. Registrazione del dato sul foglio dell’autocertificazione giornaliera
		2. Le autocertificazioni giornaliere vengono archiviate a cura dell’ente gestore
		3. Registrazione del dato su apposito registro presenze della struttura
		4. Fa entrare il minore nelle aree comuni
	2. Febbre > 37.5°C
		1. Idem come 2.1.1 – 2.1.2 – 2.1.3
		2. Inibisce l’ingresso del minore nelle parti comuni
		3. Comunica al genitore la necessità di rivolgersi al MMG – PLS
3. In caso delle positività di cui al punto 1.1.2 e 2.2.3 la riammissione del minore al Centro Estivo può avvenire dietro presentazione di certificazione del MMG e/o PLS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

QUESTIONARIO/TRIAGE

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di Nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ha avuto una diagnosi di COVID-19? SI NO

-Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?) SI NO

1. È in quarantena? SI NO
2. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? SI NO
3. Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? SI NO
4. Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?

• Febbre/febbricola SI NO

• Tosse e/o difficoltà respiratorie SI NO

• Malessere, astenia SI NO

• Cefalea SI NO

• Congiuntivite SI NO

• Sangue da naso/bocca SI NO

• Vomito e/o diarrea SI NO

• Inappetenza/anoressia SI NO

• Confusione/vertigini SI NO

• Perdita/alterazione dell’olfatto SI NO

• Perdita di peso SI NO

• Disturbi dell’olfatto e o del gusto SI NO

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

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del familiare/ tutore/curatore/amministratore di sostegno

--------------------------------------------------------------------------------

*Da compilarsi solo nella modalità di utilizzo del Check in giornaliero*

T° Corporea rilevata all’ingresso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’operatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_