

## **ALLEGATO 5 - FAC SIMILE SCHEDA DI SEGNALAZIONE**

In questo allegato sono presenti le ISTRUZIONI e le Schede di segnalazione alla S.C. Medicina del Lavoro U – Rischio Occupazionale Ospedaliero, inerenti ai dati relativi al/la paziente/dipendente fonte di esposizione (**Scheda 1**) e al singolo operatore esposto (**Scheda 2**).

### **ISTRUZIONI**

#### **Dati relativi al caso confermato**

- ✓ Compilare TUTTI i campi
- ✓ Se fonte di esposizione è un paziente:  
è necessario identificare tutti gli individui che sono stati o possono essere stati a contatto con un caso, focalizzando la ricerca degli stessi con particolare attenzione alle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso (Circolare Ministero della Salute 0009480 del 19/3/2020)
- ✓ Se fonte di esposizione è un dipendente:
  - Per luogo di transito si intendono le strutture in cui abbia eseguito consulenze
  - Per luogo di degenza si intende la struttura o il servizio a cui l'operatore afferisce

#### **Dati relativi al lavoratore e alla tipologia di contatto (campi a cura della Strutturaa/ Servizio)**

- ✓ Compilare la Struttura di appartenenza e il numero di esposti in intestazione
- ✓ Compilare tutti i campi della tabella fino all'ultima colonna
- ✓ Se plurimi contatti con il caso confermato scrivere la data dell'ULTIMA procedura assistenziale a maggior rischio che ha determinato l'esposizione
- ✓ Indicare le modalità di contatto, riportare se il caso avesse la mascherina chirurgica al momento del primo contatto, e segnalare i/il DPI utilizzati durante questa procedura
- ✓ Segnalare segni o sintomi
- ✓ Compilare il campo dei recapiti personali, mediante i quali verrà contattato dalle strutture competenti per seguirlo nel suo percorso

#### **Campi da compilare a cura della S.C. Medicina del Lavoro U – Rischio Occupazionale Ospedaliero**

- ✓ Indicare, sulla base dei dati segnalati nei campi già compilati dal personale di reparto, se il lavoratore appartenga alla categoria a basso, medio o elevato rischio di essere stato contagiato in base alla tabella definita nel Protocollo. Indicare se il lavoratore sia da porre in isolamento domiciliare.

Per la compilazione della scheda accedere al link:

- <https://sorveglianza.cittadellasalute.to.it> (se accesso da rete aziendale);
- <https://portalesorveglianza.cittadellasalute.to.it:6443/> ( se accesso da rete extra aziendale).

<b>DATI RELATIVI AL CASO CONFERMATO – fac simile</b>			
<b>Nome e Cognome</b>			
<b>Data di nascita</b>			
<b>Caso</b>	<input type="checkbox"/> <b>PAZIENTE</b>	<input type="checkbox"/> <b>OPERATORE</b>	<input type="checkbox"/> <b>CONTATTO EXTRA-LAVORATIVO</b>
<b>Luoghi di degenza/transito</b> (è necessario identificare tutti gli individui che sono stati o possono essere stati a contatto con un caso, focalizzando la ricerca degli stessi con particolare attenzione alle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso (Circolare Ministero della Salute 0009480 del 19/3/2020))	<b>SC/Servizio</b>	Dal ___/___/2020	Al ___/___/2020
	<b>SC/Servizio</b>	Dal ___/___/2020	Al ___/___/2020
	<b>SC/Servizio</b>	Dal ___/___/2020	Al ___/___/2020
	<b>SC/Servizio</b>	Dal ___/___/2020	Al ___/___/2020

REPARTO \_\_\_\_\_

DATI RELATIVI AL LAVORATORE E ALLA TIPOLOGIA DI CONTATTO fac - simile					Compilazione a cura del Dirigente Medico di SC Medicina del Lavoro U - Rischio occupazionale ospedaliero			
Generalità dell'operatore	Tipo e data dell'ultima procedura assistenziale a maggior rischio che ha determinato l'esposizione	Modalità di contatto		Paziente con mascherina chirurgica	DPI utilizzato/i dall'operatore	Rischio assegnato		
<b>Nome:</b> _____ <b>Cognome:</b> _____ <b>Sesso:</b> <input type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <b>Data di nascita:</b> ___/___/_____ <b>Indirizzo:</b> _____ _____ (____) <b>Qualifica:</b> _____	           <b>Data</b> ___/___/2020	< 15 minuti	> 2 metri	No	<input type="checkbox"/> Maschera chirurgica <input type="checkbox"/> FFP2/FFP3 <input type="checkbox"/> Guanti n° <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No guanti, ma igiene delle mani <input type="checkbox"/> Occhiali/visiera <input type="checkbox"/> Camice impermeabile a maniche lunghe <input type="checkbox"/> Rottura/danneggiamento DPI <input type="checkbox"/> Nessun DPI	ALTO	MEDIO	BASSO
		> 15 minuti	< 2 metri	Sì				

<b>Sintomi/ segni</b>	<input type="checkbox"/> <b>Febbre</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tosse</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dispnea</b>
<input type="checkbox"/> Faringodinia	<input type="checkbox"/> Rinorrea	<input type="checkbox"/> Riduzione dell'olfatto	<input type="checkbox"/> Riduzione del gusto
<input type="checkbox"/> Altro			<input type="checkbox"/> Diarrea

Diretto Superiore del dipendente o Suo delegato

(es. Direttore di Struttura per i Dirigenti Medici/Sanitari,  
 Coordinatore delle Professioni Sanitarie per il personale sanitario del comparto  
 Direttore SC DAPO per il personale della Struttura da Lei diretta, Direttore delle altre Strutture)

Dirigente medico S.C. Medicina del Lavoro U  
Rischio Occupazionale Ospedaliero

Data \_\_\_/\_\_\_/2020

Data \_\_\_/\_\_\_/2020 Firma e timbro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Telefono</b>		e-mail personale	
-----------------	--	------------------	--