

PO DSRI ASL AL 013 (rev. 3)/05

Scheda di valutazione rischio contatto COVID-19

Reparto _____ Generalità del caso: _____
Data ultimo contatto _____

Lavoratore: Nome _____ Cognome _____
Data nascita: _____ luogo nascita _____
Indirizzo: _____
Telefono: _____ email: _____
Medico Curante: _____

Esposizione a caso COVID: certo sospetto ambiente chiuso ambiente aperto

Attività svolta sul paziente: procedure standard di assistenza e cura procedure generanti aerosol
 Altre attività/situazioni _____

Distanza: < 1 metro > 1 metro Tempo: < 15 minuti > 15 minuti

Sintomi: tosse febbre dispnea rinorrea faringodinia diarrea iposmia ipogeusia

In qualità di operatore sanitario dichiarato di avere indossato i seguenti DPI:

Mascherina chirurgica FFP2/FFP3 Occhiali/visiera Camice a maniche lunghe TNT Guanti n° 1 2

Rottura/danneggiamento DPI Nessun DPI Camice a maniche lunghe in Tyvek

DPI paziente: Maschera chirurgica FFP2/FFP3

Firma dell'operatore sanitario: _____

Per conferma del Coordinatore: _____

Attribuzione categoria di rischio (a cura del MC):

- Rischio Basso: nessun provvedimento, prosegue attività lavorativa con DPI previsti per la mansione;
- Rischio Medio: sorveglianza COVID straordinaria, a partire dalle 72 ore successive al contatto, tampone, prosegue attività lavorative con DPI previsti per la mansione, si raccomanda isolamento domiciliare per 14 giorni come previsto dal Ministero della Salute;
- Rischio Alto: operatore sintomatico, esecuzione tampone subito, allontanamento dal lavoro;

Data Ultimo tampone: _____

Provvedimenti del MC:

- Tampone per contatto stretto: data _____
- Tampone per screening in scadenza: _____
- Nessuno provvedimento, prosegue il lavoro con DPI previsti per la mansione

Data _____

Il Medico Competente