



Protocollo PO DSRI ASL AL 001
Percorso e gestione del paziente con sospetta o accertata
Meningite e Sepsi ad etiologia batterica

Mod. PO DSRI ASL AL
001/06

TABELLA PER LA SEGNALAZIONE DEI LAVORATORI ESPOSTI UTILE ALLA CLASSIFICAZIONE DEI CONTATTI STRETTI

COGNOME-NOME *	RECAPITO TELEFONICO*	STRUTTURA OPERATIVA *	ATTIVITA' A RISCHIO * (tipologia di assistenza, manovre invasive a rischio) senza uso di mascherina

* CAMPI DA COMPILARE A CURA DELLE S.C. DEGENZIALI / PRONTO SOCCORSO

Si segnala inoltre che sono stati esposti al caso anche i seguenti volontari dell'assistenza (indicare nominativo e recapito telefonico):

.....

FIRMA DEL RESPONSABILE/COORDINATORE S.C. _____

Inviare il modulo compilato in ogni sua parte al Pronto Soccorso e alla Direzione Sanitaria competente.