**CHECK POINT VISITATORI/FORNITORI**

**A CHIUNQUE ENTRI IN STRUTTURA DEVE ESSERE RILEVATA LA TC.**

**PORRE DOMANDE COME DA CHECK POINT USL Allegato n 4 Linee di indirizzo per la prevenzione e gestione del rischio COVID 19 nelle strutture socio-sanitarie Rev.1 del 21/03/2020.**

**FAR DISINFETTARE LE MANI CON GEL IDROALCOLICO E FORNIRE MASCHERINA (da indossare anche sopra la propria),**

**All’uscita eliminare il tutto nell’apposito contenitore Rifiuti Speciali, far disinfettare le mani.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Nome Cognome** | **Firma** | **TC** | **FORNITORE / VISITATORE** | **SINTOMI RESPIRATORI** **SI/NO**  | **ACCESSO A ZONE CON TRASMISSIONE LOCALE****(negli ultimi 14 gg)** | **CONTATTO STRETTO CON COVID-19 (negli ultimi 14gg)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |