

 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p><b>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</b></p> <p><b>Nota informativa ed accettazione delle regole per l'accesso in reparto in epoca pandemica</b></p>	<p>v. 0.0</p> <p>19/05/2021</p> <p>Pagina 1 di 1</p>
---	--	--

Gentile sig./sig.ra

Siamo lieti di poterla accogliere e di poterle consentire l'incontro con il suo congiunto. Come certamente sa questo incontro avviene in una situazione nella quale il personale sanitario è impegnato a contenere al massimo la diffusione del virus. Pertanto il suo accesso è possibile solo a condizione che Lei rispetti rigorosamente alcune regole:

- **Non presentare sintomi compatibili con una possibile infezione da Sars-CoV 2** (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5°, tosse, astenia, dispnea, ageusia, diarrea, mialgie) negli ultimi 14 giorni e di non essere stato in contatto diretto con un soggetto con COVID-19 o con sintomi COVID-19;
- **aver eseguito un tampone** rapido antigenico con esito negativo prima di ogni accesso o in alternativa tampone molecolare rinofaringeo per la ricerca del virus SARS-CoV-2 eseguito 48 ore prima dell'ingresso con esito negativo (in caso di ammissione in reparto per periodi prolungati il visitatore è tenuto a ripetere il tampone molecolare almeno ogni 5 giorni)
- non essere sottoposto alla misura di quarantena;
- **impegnarsi ad adottare e rispettare**, per tutta la durata della permanenza in ospedale, le **misure di prevenzione e protezione** vigenti per la riduzione del rischio di contagio di SARS-Cov-2 previste dall'OMS e quelle specificate nelle istruzioni ricevute (ad es. igiene delle mani, utilizzo di mascherine e camice, distanziamento dagli altri pazienti e dagli operatori ecc....)
- **impegnarsi ad adottare e rispettare**, per tutta la durata della permanenza in ospedale, le **misure di prevenzione e protezione** vigenti per la riduzione del rischio di infezione **non** SARS-Cov-2 specificate nelle istruzioni ricevute (ad es. evitare di toccare o manipolare apparecchiature medicali e dispositivi medici, evitare di sedersi sui letti dei degenti, non portare fiori o piante all'interno dei reparti di ricovero ecc.....)
- accedere esclusivamente ai locali indicati dal personale di reparto
- mantenere un comportamento idoneo all'ambiente e non intralciare le attività di reparto

Ospedale \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Cognome e nome del paziente \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Visitatore

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiara di aver preso visione dell'informativa sopra esposta e di accettare le regole per l'accesso in reparto.

Firma \_\_\_\_\_

**Si autorizza  
Il direttore di U.O. o suo sostituto**

**Timbro e firma** \_\_\_\_\_

*Da allegare alla cartella clinica del paziente*