

ALLEGATO B2	RINNOVO CONSENSO E CHECK LIST PER ACCESSI SUCCESSIVI NELL'AREA COVID DI UN FAMILIARE/CAREGIVER/PERSONA DI FIDUCIA	R CI/CL Rev. 00 del .././2020 Pag. 1 di 1
-------------	--	---

1. SEZIONE: RINNOVO DEL CONSENSO PRESTATO IN OCCASIONE DEL 1° ACCESSO

Io sottoscritto/a (nome) (cognome)

familiare/caregiver/persona di fiducia di
 (nome e cognome del paziente).....

DATA:
FIRMA DEL FAMILIARE/CAREGIVER/PERSONA DI FIDUCIA:

2. SEZIONE: CHECK LIST PER LA SICUREZZA DEL VISITATORE IN AREA COVID – ACCESSI SUCCESSIVI

La sottostante check-list deve essere compilata dal personale che accoglie il visitatore e che lo supervisiona durante la vestizione (secondo la sequenza di “ingresso”), la permanenza nell’area di degenza e la svestizione (secondo la sequenza di “uscita”). Le firme dell’operatore e del familiare/caregiver/persona di fiducia sono necessarie a conferma dell’esecuzione di tutte le procedure previste.

INGRESSO ora: __:__	PERMANENZA (non superiore a 15 minuti)	USCITA ora: __:__
NB. rispettare la sequenza delle manovre nell’ordine sotto riportato Indossare: <input type="checkbox"/> 1. Sovrascarpe <input type="checkbox"/> 2. Igiene mani <input type="checkbox"/> 3. Primo paio di guanti <input type="checkbox"/> 4. Camice monouso <input type="checkbox"/> 5. Cuffia <input type="checkbox"/> 6. Mascherina <input type="checkbox"/> 7. Secondo paio di guanti <input type="checkbox"/> 8. Visiera	Rispetto del distanziamento SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Rispetto dell’area di pertinenza SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Note:	NB. rispettare la sequenza delle manovre nell’ordine sotto riportato Rimuovere: <input type="checkbox"/> 1. Camice monouso <input type="checkbox"/> 2. Primo paio di guanti <input type="checkbox"/> 3. Visiera <input type="checkbox"/> 4. Mascherina <input type="checkbox"/> 5. Cuffia <input type="checkbox"/> 6. Sovrascarpe <input type="checkbox"/> 7. Secondo paio di guanti <input type="checkbox"/> 8. Igiene mani
FIRMA OPERATORE FIRMA VISITATORE	FIRMA OPERATORE FIRMA VISITATORE	FIRMA OPERATORE FIRMA VISITATORE

Il presente modulo è conservato all’interno della cartella clinica del paziente oggetto di visita, a garanzia di tutte le parti coinvolte.