



CONTENIMENTO COVID – 19

Fase 4

PROTOCOLLO

CON PRESCRIZIONI PER NUOVO ACCOGLIMENTO OSPITE

IN ATTUAZIONE

ALL'ORDINANZA DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 08.05.2021

Procedura dei nuovi accoglimenti nel caso di



STRUTTURA *COVID FREE*

CRITERIO

PER I NUOVI ACCOGLIMENTI



SITUAZIONE VACCINALE DELL'OSPITE

VALIDITA'
DELLE PRESENTI DISPOSIZIONI



FINO AL 30 LUGLIO 2021

I° Caso



Ospite con ciclo vaccinale completato

		Adempimenti e prescrizioni per l'accoglimento					
Situazione dell'ospite		Verifica propedeutica	Visita medica	Ingresso	Ubicazione	Quarantena	Screening
<p><u>CICLO VACCINALE COMPLETATO</u></p>	<p>I° dose: ✓ effettuata e II° dose: ✓ effettuata da almeno 14 giorni</p>	<p>TRIAGE TELEFONICO</p> <p>Da effettuare a cura del Centro Servizi avvalendosi di: a) Medico MMG se ospite proviene dal domicilio b) Medico Ospedaliero se ospite proviene dall'ospedale c) Medico curante se ospite proviene da altro centro servizi</p> <p><u>Vedasi Modello Allegato</u></p>	<p>VERIFICA ASSENZA CONDIZIONI RISCHIO IN ATTO</p> <p>il giorno stesso dell'accoglimento in struttura da parte del Medico del Centro Servizi</p> <p><u>Vedasi Modello Allegato</u></p>	<p>TAMPONE RAPIDO</p> <p>effettuazione del tampone rapido di 2 generazione, da parte del personale infermieristico, il giorno stesso dell'ingresso, dopo la visita medica che accerta l'assenza di condizioni di rischio.</p>	<p>STANZA DOPPIA O SINGOLA</p> <p><u>se stanza doppia</u>, l'ospite di stanza deve avere la protezione vaccinale completa</p>	<p>NO</p>	<p>SI</p> <p>inserire nel programma screening secondo le tempistiche date dall'ULSS 9 (ad oggi <u>20 giorni</u>)</p>

II° Caso



Ospite con ciclo vaccinale parziale

		Adempimenti e prescrizioni per l'accoglimento						
Situazione dell'ospite		Verifica propedeutica	Visita medica	Ingresso	Vaccino	Ubicazione	Quarantena	Screening
<u>CICLO VACCINALE PARZIALE</u>	I° dose: ✓ effettuata e	TRIAGE TELEFONICO Da effettuare a cura del Centro Servizi avvalendosi di: a) Medico MMG se ospite proviene dal domicilio b) Medico Ospedaliero se ospite proviene dall'ospedale c) Medico curante se ospite proviene da altro centro servizi <u>Vedasi Modello Allegato</u>	VERIFICA ASSENZA CONDIZIONI RISCHIO IN ATTO il giorno stesso dell'accoglimento in struttura da parte del Medico del Centro Servizi <u>Vedasi Modello Allegato</u>	TAMPONE MOLECOLARE effettuazione del <u>tampone molecolare</u> , da parte del personale infermieristico, dopo la visita medica che accerta l'assenza di condizioni di rischio, secondo la seguente tempistica: ▪ all'ingresso (tempo 0) ▪ dopo 7 giorni	II DOSE programmare tempestivamente il dose vaccino	STANZA DOPPIA O SINGOLA <u>se stanza doppia</u> , l'ospite di stanza deve essere avere la protezione vaccinale completa	NO	SI
	II° dose: ✓ non effettuata <i>oppure</i> ✓ effettuata da meno 14 giorni							

III° Caso



Ospite guarito da pregressa infezione da non più di 6 mesi

		Adempimenti e prescrizioni per l'accoglimento						
Situazione dell'ospite		Verifica propedeutica	Visita medica	Ingresso	Ubicazione	Vaccino	Quarantena	Screening
<p><u>GUARIGIONE DA COVID - 19</u></p>	<p>ospite: ✓ non vaccinato ma ✓ guarito da non più di di 6 mesi (180 giorni)</p>	<p>TRIAGE TELEFONICO</p> <p>Da effettuare a cura del Centro Servizi avvalendosi di:</p> <p>a) Medico MMG se ospite proviene dal domicilio b) Medico Ospedaliero se ospite proviene dall'ospedale c) Medico curante se ospite proviene da altro centro servizi</p> <p><u>Vedasi Modello Allegato</u></p>	<p>VERIFICA ASSENZA CONDIZIONI RISCHIO IN ATTO</p> <p>il giorno stesso dell'accoglimento in struttura da parte del Medico del Centro Servizi</p> <p><u>Vedasi Modello Allegato</u></p>	<p>TAMPONE RAPIDO</p> <p>effettuazione del tampone rapido di 2 generazione, da parte del personale infermieristico, il giorno stesso dell'ingresso, dopo la visita medica che accerta l'assenza di condizioni di rischio.</p>	<p>STANZA DOPPIA SINGOLA</p> <p>O</p> <p><u>se stanza doppia</u>, l'ospite di stanza deve essere avere la protezione vaccinale completa</p>	<p>programmare tempestivamente l'unica dose vaccinale</p> <p>entro e non oltre i 6 mesi dalla positività</p>	<p>NO</p>	<p>SI</p> <p>inserire nel programma screening secondo le tempistiche date dall'ULSS 9 (ad oggi 20 giorni)</p>

IV° Caso



Ospite non vaccinato

Situazione dell'ospite		Adempimenti e prescrizioni per l'accoglimento						
		Verifica propedeutica	Visita medica	Ingresso	Vaccino	Ubicazione	Quarantena	Screening
NON VACCINATO	✓ vaccinazione non eseguita oppure <u>1° dose:</u> ✓ effettuata da meno di 14 giorni	<p>TRIAGE TELEFONICO</p> <p>Da effettuare a cura del Centro Servizi avvalendosi di:</p> <p>a) Medico MMG se ospite proviene dal domicilio</p> <p>b) Medico Ospedaliero se ospite proviene dall'ospedale</p> <p>c) Medico curante se ospite proviene da altro centro servizi</p> <p><u>Vedasi Modello Allegato</u></p>	<p>VERIFICA ASSENZA CONDIZIONI RISCHIO IN ATTO</p> <p>il giorno stesso dell'accoglimento in struttura da parte del Medico del Centro Servizi</p>	<p>TAMPONE MOLECOLARE</p> <p>effettuazione del tampone molecolare, da parte del personale infermieristico, dopo la visita medica che accerta l'assenza di condizioni di rischio, secondo la seguente tempistica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ all'ingresso (tempo 0) ▪ dopo 10 giorni 	<p>programmare tempestivamente le dosi vaccinali</p>	<p>AREA DI ISOLAMENTO (ubicata nell'ala del primo piano) PER IL PERIODO DI QUARANTENA</p> <p>poi</p> <p>con esito II° molecolare negativo</p> <p>STANZA DOPPIA con ospite con vaccinazione completata</p>	<p>SI</p> <p>10 giorni</p>	<p>SI</p> <p>inserire nel programma screening secondo le tempistiche date dall'ULSS 9 (ad oggi 20 giorni)</p>

RICORDA



DURANTE I 10 GIORNI DI QUARANTENA



1. **Monitoraggio continuo** per eventuale comparsa di febbre e segni e sintomi di infezione respiratoria acuta o di difficoltà respiratoria e altri fattori di rischio
2. **Obbligo misurazione temperatura due volte al giorno per tutto il periodo di isolamento**
3. **Obbligo utilizzo** dei dispositivi di protezione individuale come individuati in caso di ospite a Covid positivo.

**ACCESSO A UNA STRUTTURA POLIAMBULATORIALE PER PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE, DI LABORATORIO E DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE**



VIETATO PER GLI OSPITI IN QUARANTENA

**ACCESSO A UNA STRUTTURA POLIAMBULATORIALE PER PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE, DI LABORATORIO E DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE**



OSPITI CON VACCINAZIONE PARZIALE



DA PROGRAMMARE SOLO DOPO ESITO NEGATIVO 1° TAMPONE MOLECOLARE



CON AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE DELLA NECESSITA' DELLA VISITA

VISTE LE CONDIZIONI CLINICHE DELL'OSPITE



Uso rigoroso della mascherina (FFP2) fuori dalla struttura sempre

**ACCESSO A UNA STRUTTURA POLIAMBULATORIALE PER PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE, DI LABORATORIO E DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE**



OSPITI CON VACCINAZIONE COMPLETATA O GUARITI DA COVID DA MENO DI 6 MESI



Uso rigoroso della mascherina (preferibile FFP2) fuori dalla struttura sempre

MODULISTICA ALLEGATA



Dichiarazione *trriage telefonico*

Dichiarazione *visita medica*

Area di isolamento – *planimetria*

RICOVERO OSPEDALIERO PER CAUSE NON COVID - 19

- A - RICOVERO DI DURATA SUPERIORE ALLE 48 ORE** →
1. ESECUZIONE DEL TAMPONE CON ESITO NEGATIVO (OSPEDALE)
 2. NON E' PREVISTA LA QUARANTENA
 3. MONITORAGGIO ATTENTO DELLE CONDIZIONI CLINICHE PER TUTTI I SUCCESSIVI 14 GIORNI (CENTRO SERVIZI)
 4. ESECUZIONE DI UN SECONDO TAMPONE A DISTANZA DI 5-7 GIORNI DAL PRECEDENTE (CENTRO SERVIZI)

B - RICOVERO DI DURATA INFERIORE ALLE 48 ORE E/O PERMANENZE PROLUNGATE IN PRONTO SOCCORSO



1. ESECUZIONE TAMPONE CONTESTUALMENTE ALLA DIMISSIONE (OSPEDALE)
2. ISOLAMENTO NELL'AREA DEDICATA DELLA STRUTTURA FINO ALLA RESTITUZIONE DELL'ESITO DEL TAMPONE DA PARTE DELL'OSPEDALE
3. IN CASO DI TAMPONE NEGATIVO, RIAMMETTERE L'OSPITE NELLA VITA COMUNITARIA
4. MONITORAGGIO COMUNQUE ATTENTO DELLE CONDIZIONI CLINICHE PER TUTTI I 14 GIORNI

RICOVERO OSPEDALIERO PER CAUSE COVID – 19



VEDI NOTA REGIONE VENETO N. 255090 DEL 29.06.2020

ENTRATA IN VIGORE



14 MAGGIO 2021

PER PRESA VISIONE E CONDIVISIONE

IL SEGRETARIO DIRETTORE

IL MEDICO DELLA STRUTTURA

IL MEDICO DELLA STRUTTURA

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO

IL RESPONSABILE DI NUCLEO I – II

IL RESPONSABILE DI NUCLEO III – IV

L'ASSISTENTE SOCIALE

Isola della Scala, _____

Oggetto: dichiarazione esito triage telefonico

Io sottoscritta Paola Martini, in qualità di coordinatore infermieristico incarico ad eseguire il *trriage telefonico* per la rilevazione di sintomatologie correlate a Covid-19 ed eventuali contatti stretti con casi confermati o probabili di Covid-19, come indicato nel Protocollo di gestione nuovi accoglimenti del 05/06/2020, adottato secondo le Linee guida regionali in tema di FASE 2, con la presente

DICHIARO

sotto la mia responsabilità che il triage è stato effettuato in collaborazione con il dott./dott.ssa
_____ medico di medicina generale/ospedaliero del sig./sig.ra
_____ in data _____ e che lo stesso ha dato esito negativo.

In fede,

Paola Martini

QUESTIONARIO TRIAGE TELEFONICO DA REMOTO

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Al momento è affetto o sospetta di essere affetto da COVID-19? | SI | NO |
| 2. È stato, che Lei sappia, affetto da COVID-19?
Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone? | SI | NO |
| 3. Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID-19 positivi nelle ultime tre settimane? | SI | NO |
| 4. Ha o ha avuto qualcuno di questi sintomi: | SI | NO |
| ▪ Febbre | SI | NO |
| ▪ Tosse | SI | NO |
| ▪ Difficoltà respiratoria | SI | NO |
| ▪ Congiuntivite | SI | NO |
| ▪ Diarrea | SI | NO |
| ▪ Raffreddore | SI | NO |
| ▪ Mal di gola | SI | NO |
| ▪ Alterazione del gusto | SI | NO |
| ▪ Alterazione dell'olfatto | SI | NO |
| ▪ Sposatezza | SI | NO |
| ▪ Cefalea | SI | NO |
| ▪ Eruzioni cutanee | SI | NO |
| ▪ Dolori muscolari diffusi | SI | NO |
| 5. Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia autoimposta che stabilita dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane? | SI | NO |

Isola della Scala, _____

Responsabile triage

Isola della Scala, _____

Oggetto: visita medica nuovo ospite

Io sottoscritto dott. _____, in qualità di medico di struttura incaricato ad eseguire la visita atta a constatare l'assenza di condizioni di rischio in atto, come indicato nel Protocollo di gestione nuovi accoglimenti del 05/06/2020, adottato secondo le Linee guida regionali in tema di FASE 2, con la presente

DICHIARO

sotto la mia responsabilità che il sig./sig.ra _____ non si trova nella condizione di caso "sospetto", "probabile" o "confermato" di Covid-19.

In fede,
