



Corso della Vittoria 14, 37045 Legnago (Verona) - Tel: 0422 28555 - PEC: protocollocasariposo@pec.it
Mail: info@casariposo@legnago.it - Sito: www.casariposo@legnago.it - P.Iva: 01596270239 - C.F.: 82001370236

Prot. 1190

Legnago, 21.04.2022

PROTOCOLLO USCITE TEMPORANEE DELL'OSPITE DALLA STRUTTURA

Il presente protocollo definisce le **modalità di uscita** dell'ospite, accompagnato da familiare, dalla struttura Casa di Riposo di Legnago, in attuazione di quanto previsto dalle vigenti norme e disposizioni.

L'**uscita** dell'ospite dalla struttura può avvenire previa calendarizzazione da attuare con le Coordinatrici di blocco onde consentire la preparazione della terapia giornaliera e dei presidi per l'incontinenza, previa sottoscrizione del Patto di Condivisione del Rischio e della Dichiarazione di ritorno in struttura, allegati al presente protocollo.

L'**uscita** all'esterno è intesa quale:

- a. **rientro** presso il domicilio del familiare;
- b. **uscita** sul territorio con rientro in struttura in giornata;
- c. **accesso** temporaneo a luoghi di ristorazione.

Il familiare che accompagna l'ospite in uscita dalla struttura, dovrà essere in possesso del **green pass**, nelle modalità:

- a. tampone antigenico rapido non antecedente le 48 ore (famigliari con esenzione da vaccinazione);
- b. vaccinazione anti Sars Covid-19 completata con terza dose in corso di validità;
- c. vaccinazione anti Sars Covid-19 ciclo primario n. 02 dosi, con tampone antigenico rapido non antecedente le 48 ore;
- d. guarigione da infezione Sars Covid-19, con tampone antigenico rapido non antecedente le 48 ore.

Sono specifica **responsabilità** del familiare:

- **verificare** il possesso del **green pass** di tutte le persone che avranno contatti con l'ospite;
- **attuare** metodi comportamentali corretti come da protocolli anti contagio Sars Covid-19 quali: **obbligo** di mascherina, **esecuzione** igiene mani con apposito prodotto e **divieto** di contatti stretti (baci, abbracci, etc.).

Allegati: c.s.

IL SEGRETARIO DIRETTORE
Dott.ssa Silvia Pastore





PATTO DI CONDIVISIONE DEL RISCHIO

Il/La signor/a _____,
nato/a _____,
il _____, residente a _____ in
via _____
con il seguente recapito telefonico _____

in qualità di **FAMILIARE e/o AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO - TUTORE**
dell'ospite _____ della Casa di Riposo di
Legnago

SI IMPEGNA a

- a. **rispettare** e far rispettare all'ospite in uscita, tutte le prescrizioni relative alle misure di contenimento del contagio da SARS COVID-19, secondo le normative vigenti e le indicazioni fornite dall' Ente;
- b. **organizzare** il rientro in famiglia dell'ospite solo se nell'ambito familiare non vi sono persone positive al SARS COVID-19 o sottoposte alla misura dell'isolamento fiduciario o obbligatorio o che hanno presentato febbre $\geq 37,5$ C° e/o altri sintomi sospetti per infezione SARS COVID-19 nei precedenti ultimi 14 giorni;
- c. **vigilare** sul rispetto delle misure sopra citate;
- d. **monitorare** costantemente lo stato di salute dell'ospite e degli eventuali presenti;
- e. **comunicare** tempestivamente all'Ente eventuali variazioni delle condizioni di salute dell'ospite;
- f. **comunicare** immediatamente all'Ente ogni informazione relativa ad eventuali contatti dell'ospite in uscita con casi accertati o sospetti di COVID 19;

IL FAMILIARE

Legnago li _____



DICHIARAZIONE DI RITORNO IN STRUTTURA

(DA COMPILARE DA FAMILIARE-TUTORE-AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO PRIMA DEL RITORNO IN STRUTTURA DELL'OSPITE)

Signor/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in
via _____ in qualità di _____

DICHIARA

- a. che nessuna persona con la quale è entrato in contatto con l'ospite sig./sig.ra _____ era sottoposto a misure di quarantena e/o risultato positive al Sars Covid-19;
- b. che l'ospite non ha presentato sintomi riconducibili al Sars Covid-19 quali febbre, difficoltà respiratoria, congiuntivite, dissenteria o nausea/vomito;
- c. che le persone entrate in contatto con l'ospite non hanno presentato sintomi riconducibili al Sars Covid-19 quali febbre, difficoltà respiratoria, congiuntivite, dissenteria o nausea/vomito.

Il familiar/tutore/amministratore di sostegno

Legnago, _____