

| | | |
|--|---|---------------|
| Ambulatorio di Chirurgia Oculare “Santa Lucia” s.r.l. | Disposizioni operative in relazione alla pandemia Covid-19 | Proc. 32 |
| | | Pagina 1 di 3 |

PROCEDURA 32

DISPOSIZIONI OPERATIVE IN RELAZIONE ALLA PANDEMIA COVID-19

MATRICE DELLE REVISIONI

| | | | | |
|------------------|------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| | | REDATTO DA | ELABORATO DA | |
| | | RGSQ | DIRETTORE SANITARIO | |
| PRIMA | DATA | VISTO (RESP.GEST.SIST.QUAL.) | APPROVAZIONE DIREZIONE | |
| EMISSIONE | 13/04/2020 | RGSQ | | |
| REVISIONI | DATA | SINTESI MODIFICHE | VISTO (RESP.GEST.SIST.QUAL.) | APPROVAZIONE DIREZIONE |
| REV. 0 | | | | |

| | | |
|--|---|---------------|
| Ambulatorio di Chirurgia Oculare “Santa Lucia” s.r.l. | Disposizioni operative in relazione alla pandemia Covid-19 | Proc. 32 |
| | | Pagina 2 di 3 |

In relazione alle linee guida dell’American Academy of Ophthalmology (disponibili in continuo aggiornamento al seguente link <https://www.ao.org/headline/alert-important-coronavirus-context>)

si dispone quanto segue:

- 1) Un approfondito triage telefonico è necessario prima di fissare un appuntamento e precisamente chiedere al paziente:
 - Se ha avuto febbre nei 20 giorni precedenti la visita
 - Se ha avuto sintomatologia delle prime vie respiratorie e precisamente: tosse secca, starnuti, raffreddore e disturbi respiratori
 - Se ha avuto contatti ravvicinati con persone che si sono ammalate di Covid-19, amici, familiari, vicini di casa, di cui è al corrente

La positività di uno di questi elementi impone al paziente una visita presso il suo medico di famiglia che accerti la non contagiosità certificandolo.

- 2) Al momento della prenotazione il paziente dovrà essere informato dei contenuti di questa procedura, compresa la compilazione dell’autocertificazione all’Allegato 1 da compilarsi sia per il paziente che per l’eventuale accompagnatore. Le autocertificazioni vanno conservate per almeno 30 giorni.
- 3) Il paziente dovrà raggiungere lo studio alcuni minuti prima dell’orario convenuto, si raccomanda massima puntualità, e dovrà chiedere autorizzazione telefonica a salire, al fine di poter aderire in maniera adeguata ed efficace alle regole del distanziamento.
- 4) Il paziente dovrà salire in studio munito di mascherina che copra adeguatamente il naso e la bocca ed indossare dei guanti puliti poco prima di entrare in studio.
- 5) Potrà essere accompagnato alla visita da un solo accompagnatore che dovrà essere registrato al momento della prenotazione e dovrà rispondere dei requisiti del punto 1 e 2.
- 6) Al fine di ridurre i tempi di contatto e di permanenza in studio, l’intestazione della cartella clinica e di ogni dato ai fini fiscali per l’emissione della fattura, la pre-compilazione dell’autocertificazione all’allegato 1, nonché una accurata anamnesi oculistica raccogliente la storia del malato ed i motivi per cui richiede una visita, dovranno essere raccolti anche a mezzo di apposita telefonata e/o mail.
- 7) Sempre in relazione alle problematiche di distanziamento, in studio non potranno mai essere presenti più di tre pazienti contemporaneamente, allocati ognuno in dedicata sala d’attesa.

| | | | | | |
|------------------|------------|----------------|---|------------------|---------------|
| DATA I EMISSIONE | 13/14/2020 | DATA REVISIONE | - | INDICE REVISIONE | Rev. 0 |
|------------------|------------|----------------|---|------------------|---------------|

| | | |
|--|---|---------------|
| Ambulatorio di Chirurgia Oculare “Santa Lucia” s.r.l. | Disposizioni operative in relazione alla pandemia Covid-19 | Proc. 32 |
| | | Pagina 3 di 3 |

- 8) Ad ogni cambio di malato la sala d’attesa e gli studi medici utilizzati devono essere sanificati, consentendo il ricambio d’aria.
- 9) Ogni attenzione va rivolta affinché il malato in sala d’attesa si sposti esclusivamente per le destinazioni necessarie, che devono essere tenute ben presenti affinché si svolga una corretta sanificazione alla sua uscita.
- 10) Tutto il personale all’arrivo in studio dovrà lasciare i propri effetti personali nel proprio armadietto ed indossare tute chirurgiche, zoccoli ed adeguati dpi: mascherine FFP2/ FFP3/ N95, camice, guanti e copertura oculare.
- 11) Al termine della giornata le tute e gli zoccoli devono essere adeguatamente sanificati.

| | | | | | |
|------------------|------------|----------------|---|------------------|---------------|
| DATA I EMISSIONE | 13/14/2020 | DATA REVISIONE | - | INDICE REVISIONE | Rev. 0 |
|------------------|------------|----------------|---|------------------|---------------|

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Ambulatorio di Chirurgia Oculare “Santa Lucia” s.r.l. | Allegato 1 alle Disposizioni operative in relazione alla pandemia Covid-19 | Composto da 4 pagine |
|--|---|-------------------------|

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto _____,
 nato il ____ . ____ . ____ a _____ (____),
 Codice Fiscale _____
 residente in _____ (____), via _____,
 e domiciliato in _____ (____), via _____,
 utenza telefonica _____, mail _____

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

| NEI 15 GIORNI PRECEDENTI | |
|--|--|
| È stato trovato positivo al COVID-19? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Quando _____ |
| È stato sottoposto a misura di quarantena? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Inizio _____ Fine _____ |
| È stato/a all'estero? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Dove (indicare lo stato estero)? Data inizio permanenza Data di rientro: _____ <input type="checkbox"/> NON RICORDO |

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Ambulatorio di Chirurgia Oculare “Santa Lucia” s.r.l. | Allegato 1 alle Disposizioni operative in relazione alla pandemia Covid-19 | Composto da 4 pagine |
|--|---|-------------------------|

| | |
|--|---|
| È stato in altre regioni italiane? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Dove? _____ Data inizio permanenza _____ Data di rientro: _____ <input type="checkbox"/> NON RICORDO |
| Ha avuto contatti con casi accertati di COVID-19? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| Ha avuto contatti con persone che hanno fatto il tampone? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| Ha avuto contatti con familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| È stato/a a contatto con persone sottoposte a quarantena? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| È stato/a contatto con persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| Ha avuto contatti con persone con: | |
| Tosse | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| Febbre | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| Dolori muscolari | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| Difficoltà respiratorie | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| Ha dovuto accedere ad una struttura sanitaria? | |
| Ospedale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |

| | | | | | |
|------------------|------------|----------------|---|------------------|---------------|
| DATA I EMISSIONE | 13/14/2020 | DATA REVISIONE | - | INDICE REVISIONE | Rev. 0 |
|------------------|------------|----------------|---|------------------|---------------|

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Ambulatorio di Chirurgia Oculare “Santa Lucia” s.r.l. | Allegato 1 alle Disposizioni operative in relazione alla pandemia Covid-19 | Composto da 4 pagine |
|--|---|-------------------------|

| | |
|---|---|
| | <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO |
| Ambulatorio/casa della salute | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO |
| Studio del Medico di famiglia/pediatra | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> PER QUANTO TEMPO |
| Al momento ha: | |
| Tosse | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| Febbre | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ: TEMPERATURA_____ |
| Dolori muscolari | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| Difficoltà a respirare | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| Vomito | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| Diarrea | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| <p><i>Se ha risposto SI ad uno dei precedenti quesiti sui contatti o sui suoi sintomi attuali deve contattare il suo Medico di famiglia che deve certificare che non è contagiante prima di sottoporsi alla visita oculistica</i></p> | |

| | | | | | |
|------------------|------------|----------------|---|------------------|---------------|
| DATA I EMISSIONE | 13/14/2020 | DATA REVISIONE | - | INDICE REVISIONE | Rev. 0 |
|------------------|------------|----------------|---|------------------|---------------|

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Ambulatorio di Chirurgia Oculare “Santa Lucia” s.r.l. | Allegato 1 alle Disposizioni operative in relazione alla pandemia Covid-19 | Composto da 4 pagine |
|--|---|-------------------------|

Dichiara altresì di essere informato/a ai sensi e per gli effetti del Reg. Ue 679/2016 ed ai sensi degli art. 2 sexies e septies del Codice Privacy come modificato ed integrato dal d.lgs. 101/2018 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ Firma del dichiarante _____

Si allega copia di documento di identità.

Spazio riservato al personale dell’ Ambulatorio Santa Lucia srl:

NB. In caso di risposte positive far visionare l’autocertificazione al medico prima di accettare il paziente.

Il dichiarante si è presentato in Ambulatorio in qualità di paziente/ accompagnatore

del/la Sig./Sig.ra _____ in

data _____ alle ore _____

Firma di chi ritira l’autocertificazione controllandone la completezza

e l’idoneità delle risposte _____

| | | | | | |
|------------------|------------|----------------|---|------------------|--------|
| DATA I EMISSIONE | 13/14/2020 | DATA REVISIONE | - | INDICE REVISIONE | Rev. 0 |
|------------------|------------|----------------|---|------------------|--------|