

PROTOCOLLO USCITA dell'OSPITE dalla STRUTTURA AGGIORNAMENTO APRILE 2022

Il presente protocollo definisce le modalità di **USCITA** dell'ospite, accompagnato da familiare, dalla struttura Ipab Centro Anziani Bussolengo, in attuazione di quanto previsto dalle vigenti norme e disposizioni.

L'**USCITA** dell'ospite dalla struttura può avvenire previa calendarizzazione da attuare con il Coordinatore SSAS onde consentire la preparazione della terapia giornaliera e dei presidi per l'incontinenza, previa espressione, del parere favorevole ed autorizzatorio, da parte del Medico di struttura, sottoscrizione del *Patto di Condivisione del Rischio* e della *Dichiarazione di ritorno in struttura*.

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

- rientro** presso il domicilio del familiare;
- uscita** sul territorio con rientro in struttura in giornata;
- 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:

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

Sono specifica **RESPONSABILITA'** del familiare:

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

IL SEGRETARIO DIRETTORE

Zantedeschi Francesco



Allegati:

- patto di condivisione del rischio
- dichiarazione di ritorno in struttura

PATTO di CONDIVISIONE del RISCHIO

Il/la signor/a _____, nato/a a _____

il _____, residente a _____ in via _____

con il seguente recapito telefonico _____

in qualità di **FAMILIARE** e/o **AMMINISTRATORE** di **SOSTEGNO** - **TUTORE**

dell'ospite _____ dell'IPAB Centro Anziani Bussolengo

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 $\geq 37,5^{\circ}$ 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 caro 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;

di essere consapevole che:

l'uscita dell'ospite dalla struttura AUMENTA la possibilità di contagio da SARS COVID-19, mettendo a rischio la salute propria, del proprio congiunto e di tutta la comunità residenziale.

IL FAMILIARE

L'ENTE

Bussolengo li _____

II FAMILIARE – TUTORE - AMMINISTRATORE di SOSTEGNO

Signor/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in via _____

DICHIARA

- a. che nessuna persona con la quale è entrato in contatto con l'ospite sig./sig.ra _____ era sottoposto od è stato sottoposto a misure di quarantena e/o risultato positivo 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.

II FAMIGLIARE

L'ENTE

Bussolengo, _____

Parte da compilare dal familiare al rientro dell'ospite in struttura