



**PERCORSO DI GESTIONE
DELLA ATTIVITA'
SPECIALISTICA
AMBULATORIALE**

S.S.D MEDICINA LEGALE
RISCHIO CLINICO

PERCORSO DI GESTIONE DELL'ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Data Redazione	Gruppo di lavoro	Verificata
22/06/2020	<i>Direzione Medica</i> Dott.ssa M. Giuseppina Maluccio <i>Rischio Clinico</i> Dott. Gregorio Frascella CPSI Anna Maria Pagliara CPSI Irene Friuli	Direttore Medico POC Dott.ssa M. Leone Resp. U.O. Rischio Clinico Dott. M. Chironi

PERCORSO DI GESTIONE DELLA ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE

- La programmazione dell'attività ambulatoriale utilizza le modalità di erogazione già in atto.
- Il giorno antecedente alla visita, il personale addetto sottoporrà il paziente e l'eventuale accompagnatore indicato dal paziente, a pre-triage telefonico come da modulo allegato. In occasione del pre-triage, il personale sanitario dovrà dare le informazioni necessarie all'accesso alla struttura sanitaria (tempistica, DPI, eventuale accompagnatore).
- L'accesso dell'utenza all'ambulatorio deve essere consentito esclusivamente ai paziente.
- L'accesso non è consentito agli accompagnatori ad eccezione di minori, disabili, utenti fragili, non autosufficienti e persone con difficoltà linguistico-culturali. In tal caso è consentito l'accesso ad un solo accompagnatore.
- L'accesso alla sala d'attesa è regolato e consentito limitatamente al numero di persone che possono occupare i posti a sedere identificati come utilizzabili e riservati prioritariamente ai pazienti.
- La gestione della sala d'attesa, a cura del personale sanitario dell'ambulatorio, dovrà prevedere, come da indicazioni generali, le misure di distanziamento sociale e dovrà verificare l'accesso con adeguati DPI, in caso ne siano sprovvisti dovrà fornirli prima della visita.
- L'utilizzo di eventuali fazzoletti monouso per soffiarsi il naso dovrà prevedere lo smaltimento in appositi contenitori per rifiuti collocati all'interno della struttura indicati da apposita cartellonistica. Subito dopo aver soffiato il naso è necessario lavarsi le mani con acqua e sapone o igienizzarlo con soluzione alcoolica.
- In tutti gli spazi ed i locali della struttura va assicurata una distanza fra le persone di almeno 1 metro. Il personale preposto dovrà verificare che tale distanza sia rispettata da tutti.



- Per garantire il distanziamento le visite verranno fissate ogni 30/45 minuti a secondo della tipologia di prestazioni.
L'utente potrà accedere all'ingresso principale del P.O. al massimo 15 minuti prima dell'appuntamento.
- Nella sala d'aspetto deve essere installato dispenser con gel disinfettante e adeguata cartellonistica per l'utilizzo da parte di tutti gli utenti.
- Per garantire l'erogazione di ogni singola prestazione in sicurezza gli operatori dovranno procedere a cambiare i guanti dopo ogni visita. La teleria utilizzata deve essere eliminata se monouso o collocata nei sacchi dedicati al percorso previsto per la biancheria infetta. Il personale sanitario dovrà procedere a sanificazione delle apparecchiature utilizzate con disinfettante idoneo rispettando il tempo di contatto indicato nella scheda tecnica del prodotto fornito. Tutte le superfici devono essere pulite con disinfettante contenente 0,1% di cloro attivo o, nel caso di superfici non trattabili con soluzione clorata, utilizzare alcool al 70%. Il responsabile dell'ambulatorio dovrà indicare su un registro l'avvenuta sanificazione.

Dr. Marcello CHIRONI

Dr. Gregorio FRASCELLA

SCHEDA DI PRE TRIAGE TELFONICO

Ambulatorio di	luogo
Visita del	ora

DATI PAZIENTE

Cognome	Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita	
Residente in		
Comune di	Prov.	Tel/Cell
Numero conviventi		
Eventuale accompagnatore		

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Soggiorno in area epidemica? Se si indicare il luogo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Partenza dalla zona a rischio	Data	
Contatto con caso conclamato, sospetto o probabile	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>



SINTOMI RIFERITI		
Febbre	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tosse	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mal di gola	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dispnea	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Corizza (naso che cola)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Malessere generale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Congiuntivite (occhi arrossati/lacrimazione)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Data comparsa sintomi	___/___/___	

Raccomandare al pz. di rispettare l'isolamento domiciliare fino al giorno della visita, munirsi di guanti e mascherine prima dell'accesso alle strutture, non presentarsi più di 15 minuti prima dell'appuntamento, comunicare il nome dell'eventuale accompagnatore, rispettare le procedure indicate dagli operatori sanitari.

Compilato il ___/___/___ alle ore _____

L'Infermiere pre triage

Il Medico

Il Paziente



S.S.D. MEDICINA LEGALE-RISCHIO CLINICO

CONSENSO INFORMATO COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

dichiara di :

- non aver mai manifestato sintomi attribuibili ad infezione SARS-Covid 19;
- di aver manifestato sintomi attribuibili all'infezione SARS-Covid19;
- di non essere mai stato sottoposto a tampone naso-faringeo;
- di aver eseguito un tampone naso-faringeo in data _____ con seguente esito _____;

- di aver osservato il prescritto isolamento preventivo al ricovero (almeno 7 giorni) ;

Mi è stato spiegato dettagliatamente che il percorso diagnostico-terapeutico relativo alla procedura/intervento di _____ si svolgerà in un reparto "No Covid" e che il personale sanitario metterà in atto tutte le misure assistenziali volte a ridurre il rischio di contrarre l'infezione.

Non di meno sono stato informato che tale rischio risulta ineliminabile, al pari di qualsiasi altra complicanza infettiva correlata al processo diagnostico-terapeutico.

Consapevole dunque di essere ricoverato in un reparto "No Covid" all'interno di una struttura ospedaliera che potrebbe accogliere anche malati "Covid" con differente percorso assistenziale, accetto di essere sottoposto alla procedura/intervento di _____.

Firma del/della paziente _____

Firma del medico _____

Luogo e data _____