



**TRIAGE TELEFONICO PER GLI ASSISTITI CHE RIPRENDONO IL TRATTAMENTO**  
AI SENSI DEL DECRETO DIRIGENZIALE REGIONE CAMPANIA N.83 DEL 09/04/2020

Gentile Assistito/Tutore, in occasione della ripresa presso il nostro Centro dei suoi trattamenti riabilitativi (o dell'assistito/minore da Lei rappresentato), **La invito a rispondere alle domande di seguito elencate.**

Le Sue risposte ci saranno molto utili per verificare la presenza di alcuni sintomi attuali o recenti e per prevenire il rischio di contagio da Covid-19.

Data somministrazione..... Compilatore.....

**DATI ASSISTITO**

Cognome:

Nome:

data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

luogo di nascita:

Cod. Fisc.

residenza: via

comune:

tel/cell:

Medico Medicina Generale:

numero conviventi:

regime di trattamento:

Dati di chi risponde alle domande (se diverso dall'utente e grado di parentela):

Cognome e Nome:

grado di parentela:

**VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA E CLINICA**

Soggiorno in paese/località a rischio:  si  no  da verificare

Se si, specificare paese/località \_\_\_\_\_

Data di partenza dalla zona a rischio \_\_\_\_\_

Esposizione a casi accertati di Covid-19 (vivi o deceduti)  si  no

Esposizione a casi sospetti o ad alto rischio di Covid-19 (casi probabili)  si  no

Contatti con persone rientrate da paese/località a rischio  si  no

Contatti con familiari di casi sospetti di Covid-19  si  no

Data di comparsa di eventuale sintomatologia \_\_\_\_\_

Febbre  si °C \_\_\_\_\_  no

Alterazione dello stato di coscienza  si  no

Dispnea con o senza tosse/difficoltà respiratorie  si  no

Ricovero  si  no

Sottoposto a tampone  si  no se sì, data \_\_\_\_\_, esito \_\_\_\_\_

L'assistito o suo genitore/tutore non riferisce alcuna sintomatologia

***In caso di risposta affermativa ad uno dei quesiti suindicati, si invita l'assistito o il genitore/tutore a far contattare il Direttore Sanitario della struttura dal proprio Medico di Medicina Generale.***

#### **ATTIVAZIONE DELLA MODALITA' DI PRESA IN CARICO**

L'assistito aderisce alla proposta di presa in carico come da decreto 83/2020  si  no .

Se sì, specificare (ambulatoriale, domiciliare, Semiconvitto, CDI con relative frequenza e/o attivazione di UCAT dove prevista :

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma del compilatore

# QUESTIONARIO ANAMNESTICO

(AI SENSI DEL DECRETO DIRIGENZIALE N. 83 DEL 9/4/2020)

Gentile Assistito/Tutore, in occasione del primo accesso alla struttura, La invito a compilare il seguente questionario rispondendo alle domande elencate. Le Sue risposte ci saranno molto utili per verificare la presenza di alcuni sintomi attuali o recenti e per prevenire il rischio di contagio da Covid-19

Grazie per la collaborazione.

Il Direttore Sanitario

Cognome e Nome  
dell'assistito:

Il questionario viene compilato  
unicamente a cura del Centro:  
(*inserire cognome e nome del compilatore*)

Rapporto del compilatore con la  
collaborazione dell'assistito:  
indicare nominativo

genitore    coniuge    tutore    altro

## SEZIONE DA COMPILARE PER TUTTI GLI ASSISTITI

Indicare ciascun componente del nucleo familiare, specificando l'età, il sesso, se ha avuto febbre negli ultimi giorni/settimane (specificare se il medico di famiglia è stato informato), tosse, difficoltà respiratorie e di riconoscimento degli odori.

Componenti del nucleo f.	Età	Sesso		Febbre		Tosse, difficoltà respiratorie e di riconoscimento degli odori (specificare)	
		M	F	Si	No	Si	No
Padre				Si	No	Si	No
Madre				Si	No	Si	No
Fratelli \ sorelle		M	F	Si	No	Si	No
		M	F	Si	No	Si	No
		M	F	Si	No	Si	No
		M	F	Si	No	Si	No

In caso di presenza di uno dei sintomi sopra indicati, specificare se il medico di medicina generale ne è stato informato:

Indicare se in famiglia ci sono altre persone conviventi e, in caso affermativo, se qualcuno di loro ha manifestato recentemente febbre, tosse, difficoltà respiratorie e di riconoscimento degli odori.

Familiare		
Genitori		
Fratelli		
Sorelle		
Nonni		
Zii		
Cugini		

	<b>QUESTIONARIO ANAMNESTICO</b> (AI SENSI DEL DECRETO DIRIGENZIALE N. 83 DEL 9/4/2020)	
--	---	--

---

L'assistito (o suo familiare convivente) è stato in contatto con persone positive al Covid-19 o provenienti da una delle cosiddette "zone rosse"?
---

<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> -
---

L'assistito ha mantenuto il livello di isolamento previsto nel suo comune di residenza?
---

<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
---

L'assistito è consapevole delle disposizioni adottate dalla Struttura per il contenimento del contagio da Covid-19? (Lavaggio delle mani, percorso entrata/uscita, mantenimento delle distanze sociale etc)
---

<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
---

Varie ed eventuali _____
_____
_____
_____

**Comunicazione riservata agli assistiti domiciliari**

**si comunica agli assistiti che, al momento del trattamento, che durerà 50 minuti (per favorire l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale), possono essere presenti al domicilio solo i componenti conviventi del nucleo familiare.**

L'assistito o il suo genitore/tutore si impegna ad informare tempestivamente il Centro in caso di variazione delle indicazioni fornite.

La presente dichiarazione viene rilasciata ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445.

Luogo e data

Firma dell'assistito o genitore/tutore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Al Direttore del Distretto Sanitario n. \_\_\_\_  
ASL \_\_\_\_\_

Al Direttore U.O.A.R. – Distretto Sanitario n. \_\_\_\_  
ASL \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

**Oggetto: Proposta di ripresa di progetto riabilitativo individuale ai sensi del Decreto  
Dirigenziale n.83/2020.**

Con la presente, avendo già acquisito il consenso dell'assistito, si propone convalida della ripresa del progetto individuale - sospeso a causa emergenza Covid 19 dalle Ordinanze del Presidente Regione Campania n.16 e n.27 del 2020,

**ASSISTITO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

**La ripresa dei trattamenti avverrà:**

con le stesse modalità precedenti alla sospensione (frequenza e setting)

con rimodulazione del trattamento

Si precisa che trascorsi i 7 gg dalla Vs. ricezione, l'eventuale mancato riscontro equivale a convalida, così come sancito dal Decreto Dirigenziale n.83/2020.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Il Direttore Sanitario

Si allegano:

1. PRI - Progetto Riabilitativo Individuale
2. Adesione dell'utente alla ripresa dei trattamenti
3. Eventuale proposta di rimodulazione del trattamento

Al Direttore del Distretto Sanitario n. \_\_\_\_  
ASL \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

**Oggetto: Proposta di ripresa dei trattamenti fisioterapici ex art.44 ai sensi del Decreto Dirigenziale n.83/2020.**

Con la presente, avendo già acquisito il consenso dell'assistito, si propone la ripresa dei trattamenti fisioterapici sospesi a causa emergenza Covid 19 dalle Ordinanze del Presidente Regione Campania n.16 e n.27 del 2020 ,

**ASSISTITO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

**La ripresa dei trattamenti avverrà:**

con le stesse modalità precedenti alla sospensione (come da ricetta allegata)

con rimodulazione del trattamento (come da proposta allegata)

Si precisa che trascorsi i 7 gg dalla Vs. ricezione, l'eventuale mancato riscontro equivale a convalida, così come sancito dal Decreto Dirigenziale n.83/2020.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Il Direttore Sanitario

Si allegano:

1. Fotocopia ricetta
2. Adesione dell'utente alla ripresa dei trattamenti
3. Eventuale proposta di rimodulazione del trattamento

## ADESIONE RIPRESA TRATTAMENTO

ai sensi del Decreto Dirigenziale 83/2020 – Regione Campania

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ prov. (\_\_\_)

e residente in \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_)

e/o domiciliato in \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_)

in qualità di:

Assistito del Centro

Legale rappresentante/tutor di \_\_\_\_\_

**essendo stato informato dal Direttore Sanitario del Centro \_\_\_\_\_ :**

- della possibilità di una ripresa del trattamento;
- dei rischi di diffusione ancora sussistenti ed importanti a livello territoriale e nazionale;
- del fatto che il Centro sta adottando tutte le misure cautelative e preventive previste dai Decreti della Regione Campania e dalle indicazioni e raccomandazioni a livello nazionale, al fine di tutelare e garantire nel migliore dei modi la salute dei pazienti e degli operatori tutti,

**essendo stato oggetto di triage telefonico** con lo scopo di fornire informazioni utili riguardo le condizioni di salute e di eventuali contatti esterni, avuti con persone a rischio, che potrebbero mettere a rischio pazienti ed operatori, quindi di essere nelle condizioni di salute per poter riprendere i trattamenti;

### FORNISCE PIENA ADESIONE

- alla ripresa dei trattamenti ri/abilitativi sospesi durante l'emergenza COVID-19, così come proposto dal Direttore Tecnico/Sanitario, approvandone i tempi e le modalità e si impegna ad informare il Centro \_\_\_\_\_ (Direttore Sanitario, operatori, segreteria) in caso di contatti con casi sospetti o accertati COVID-19 o di frequentazione di ambienti a rischio (anche sanitari) o al presentarsi di sintomi riconducibili al COVID-19, al fine di poter permettere la valutazione su eventuale nuova interruzione/sospensione del trattamento, per garantire sicurezza a tutti.

**Dichiaro inoltre di essere stato informato dal Centro che :**

- Di indossare la mascherina quando effettuerò i trattamenti in ambulatorio;
- Gli eventuali accompagnatori dovranno indossare la mascherina e non potranno attendere in sala d'attesa se i posti a sedere, opportunamente distanziati sono occupati ,ma al di fuori della struttura;
- In caso di trattamenti domiciliari, tutte le persone presenti in casa, dovranno indossare la mascherina e non dovranno essere in co-presenza nell'ambiente dove si svolgerà il trattamento.

\_\_\_\_\_, li, \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito  
o del legale rappresentante/tutor

\_\_\_\_\_

Al Direttore del Distretto Sanitario n. \_\_\_\_  
ASL \_\_\_\_\_

Al Direttore U.O.A.R. – Distretto Sanitario n. \_\_\_\_  
ASL \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

**Oggetto: Comunicazione di presa d'atto di diniego dell'assistito alla ripresa del progetto riabilitativo individuale ai sensi del Decreto Dirigenziale n.83/2020.**

Con la presente, per quanto in oggetto, avendo già acquisito il diniego dell'assistito (all. in copia),

**SI COMUNICA**

**ASSISTITO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

**che la eventuale ripresa dei trattamenti avverrà successivamente alla data del 30/5/2020, ai sensi dell'Ordinanza Presidenziale n. 16/2020:**

Tanto si comunica ai sensi del D.D. GRC n. 83/2020.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Il Direttore Sanitario

Allegato:

1. Diniego alla ripresa del trattamento

Al Direttore del Distretto Sanitario n. \_\_\_\_  
ASL \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

**Oggetto: Comunicazione presa d'atto di diniego dell'assistito alla ripresa dei trattamenti  
fisioterapici ex art.44 ai sensi del Decreto Dirigenziale n.83/2020.**

Con la presente, per quanto in oggetto, avendo già acquisito il diniego dell'assistito (all. in copia),

**SI COMUNICA**

**ASSISTITO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

**Che la eventuale ripresa dei trattamenti fisioterapici ex art. 44 avverrà successivamente alla  
data del 30/5/2020, ai ssensi dell'Ordinanza Presidenziale n. 16/2020.**

Tanto si comunica ai sensi del DD-GRC n. 83/2020.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Il Direttore Sanitario

Allegato:

- Diniego alla ripresa del trattamento fisioterapico

## **DINIEGO ALLA RIPRESA DEL TRATTAMENTO**

**ai sensi Decreto Dirigenziale 83/2020 – Regione Campania**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Cod.Fisc.. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

e residente in \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

e/o domiciliato in \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

in qualità di:

Paziente del Centro \_\_\_\_\_

Legale rappresentante/tutor di \_\_\_\_\_

**essendo stato informato dal Direttore Sanitario del Centro** della possibilità di una ripresa del trattamento

**RIFIUTA LA RIPRESA DEL TRATTAMENTO**  
**(ai sensi dell'Ordinanza PGRC n. 8/2020)**

**precisando che i trattamenti riabilitativi restano sospesi sino al 30/05/2020 (ai sensi dell'Ordinanza PGRC n. 16/2020), senza decadimento dal diritto alla prestazione.**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del paziente

o del legale rappresentante/tutor

\_\_\_\_\_