SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI ESPOSIZIONE A PATOLOGIA CONTAGIOSA ⇨ ***A CURA DEL COORDINATORE***

Data ……..……

Al Direttore CO …… Dott. ……
Fax
Al Medico Competente Dott. ……
Fax
Al Coordinatore CPSE Dott. ……..……
Fax

SEGNALAZIONE di ESPOSIZIONE a : ☐ **TBC BACILLIFERA** o ad altra malattia a trasmissione per via aerea : ☐……..……

☐ **MENINGITE MENINGOCOCCICA** o ad altra malattia a trasmissione per droplets : ☐……..…

- **Segnalazione ricevuta da** :

☐ operatori ARES 118 postazione di …… referente per ulteriori informazioni : ……Tel. ……

☐ ospedale di …… ……..……..... referente per ulteriori informazioni : …….. Tel.……..……

Nominativo del pz ……..……ricoverato presso …… giorno e ora……..……

- **Diagnosi di** : ☐ TBC accertata ☐ TBC sospetta ☐ ……
  ☐ Meningite M. accertata ☐ Meningite M. sospetta ☐ ……

- **Eventuali segni/sintomi più significativi osservati o riportati dai soccorritori** :
  ☐ febbre ☐ tosse ☐ emoftoe ☐ perdita di coscienza ☐ cefalea intensa ☐ rigor nucalis ☐ …….

- **Identificativo del mezzo di soccorso** ……..……Eventuale secondo mezzo di soccorso ……

Nominativo soccorritore	Qualifica	Ha avuto contatto stretto (1)	Ha indossato guanti	Ha indossato occhiali/visiera	Ha indossato mascherina chirurgica	Ha indossato Facciale Filtrante FFP2/3	Ha effettuato manovre a rischio (2)	Farmaco event. assunto

(1) Per ritenuta insufficienza dei dispositivi di protezione
(2) rianimatorie, intubazione, assistenza ravvicinata, induzione tosse

- **E' stata fatta indossare mascherina chirurgica al paziente ?** ☐ **SI** ☐ **NO**
- **Si è mantenuta isolata la cellula sanitaria (chiusura vetro divisorio; chiusura ricircolo) ?** ☐ **SI** ☐ **NO**
- **Tempo di durata del trasporto (in min) :** ……

Il Coordinatore (Timbro e Firma)

……

Postazione di ……..…….. Tel. ……