



**REGIONE
PUGLIA**

**PIANO OPERATIVO
DI VACCINAZIONE ANTI SARS-CoV-2/COVID-19
NEI LUOGHI DI LAVORO INSISTENTI NEL TERRITORIO
DELLA REGIONE PUGLIA**

Versione 1.0 – maggio 2021

1. PREMESSA

In data 06.04.2021 è stato sottoscritto dal Governo con le Parti Sociali il *“Protocollo nazionale per la realizzazione dei piani aziendali finalizzati all’attivazione di punti straordinari di vaccinazione anti SARS- CoV-2/COVID-19 nei luoghi di lavoro”*.

Con nota prot. 0015126 del 12.04.2021 il Ministero della Salute di concerto con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha trasmesso il documento tecnico operativo denominato *“Indicazioni ad interim per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 nei luoghi di lavoro”* del 08.04.2021.

Tale documento è in corso di aggiornamento da parte del Ministero della Salute di concerto con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sulla base delle modifiche concordate dalle Regioni e dalle Province Autonome e comunicate al Ministero della Salute dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con nota prot. n. 3660/COV19 del 20 maggio 2021.

Al fine di dare applicazione alle indicazioni sopra richiamate, la Regione Puglia ha predisposto lo schema di Protocollo d’Intesa che regola il rapporto tra la Regione e le Associazioni di categoria di riferimento.

Il documento di seguito riportato, denominato *“Piano Operativo di Vaccinazione anti-COVID-19 nelle Aziende Pugliesi”*, reca indicazioni operative per l’avvio delle vaccinazioni nei luoghi di lavoro delle attività commerciali e produttive insistenti nel territorio della regione Puglia (d’ora in poi *“impresa”* o *“azienda”*).

2. INDIVIDUAZIONE PUNTI VACCINALI AZIENDALI (PVA)

Al fine di ridurre gli impatti organizzativi ed economici, la Regione Puglia auspica la individuazione, allestimento e attivazione di punti vaccinali interaziendali (PVA).

Tali PVA sono individuati con il supporto e il coordinamento delle Associazioni di categoria territoriali anche presso strutture sanitarie private insistenti nel territorio della regione Puglia.

Alla gestione e funzionamento dei punti vaccinali interaziendali concorrono, con modalità da definirsi, tutti i datori di lavoro delle imprese e tutti i medici competenti delle stesse e/o il personale sanitario, individuato dalle singole imprese, così come stabilito nel documento *“Indicazioni ad Interim per la Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/ COVID-19 nei luoghi di lavoro”*.

L’adesione delle imprese o dell’insieme di aziende al presente Piano Operativo richiede l’individuazione del Punto Vaccinale di esecuzione del Piano aziendale di vaccinazione scelto tra una delle opzioni di seguito elencate:

- 1) creazione di un punto vaccinale aziendale (PVA) all’interno della propria impresa (per aziende con almeno 100 lavoratori da vaccinare);
- 2) punti vaccinali interaziendali (per insiemi di imprese che abbiano almeno 100 lavoratori in totale da vaccinare);
- 3) punti vaccinali presso strutture sanitarie private insistenti nella regione Puglia;
- 4) punti vaccinali presso strutture sanitarie delle sedi INAIL della Puglia (p. 13 del Protocollo Nazionale del 06 aprile 2021).

Nel caso di aziende per le quali il Servizio di Sorveglianza Sanitaria è svolto in convenzione da parte di Medici Competenti della ASL, la vaccinazione può avvenire nelle sedi messe a disposizione dalla stessa ASL.

Per le imprese che hanno difficoltà ad individuare soluzioni idonee per lo svolgimento delle vaccinazioni in favore dei propri operatori, le Associazioni di categoria possono attivare il coinvolgimento dei Sindaci dei Comuni della Puglia per individuare sedi da destinare quali punti vaccinali da dedicare a tale vaccinazione oppure per permettere l'utilizzo dei punti vaccinali territoriali già allestiti dai Comuni per la campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19, nelle giornate / fasce orarie non utilizzate dalla ASL territorialmente competente.

3. ADESIONE ALLA CAMPAGNA VACCINALE

L'adesione alla campagna vaccinale è volontaria ed è rivolta ai datori di lavoro, alle lavoratrici e ai lavoratori dipendenti dell'azienda aderente o anche appartenenti ad altre aziende che operano, con continuità presso quest'ultima, a prescindere dalla tipologia contrattuale, indipendentemente dalla suddivisione in fasce d'età e anche se residenti fuori dalla Regione Puglia.

Le aziende o le Associazioni di categoria di riferimento che intendono aderire alla campagna vaccinale, ne danno comunicazione a mezzo posta elettronica (all'indirizzo dello SPESAL indicato in allegato) all'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, mediante la compilazione del modulo "*Piano Aziendale per l'attivazione di Punto Straordinario di Vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 nei luoghi di lavoro*" (All. A).

Il reclutamento alla campagna vaccinale delle lavoratrici e dei lavoratori è realizzato dal medico competente o dal personale sanitario, opportunamente individuato dalle imprese, che acquisiscono una formale manifestazione d'interesse.

Le lavoratrici e i lavoratori hanno, in ogni caso, l'opportunità di effettuare la vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 secondo il piano vaccinale e il calendario delle somministrazioni definito dalla dall'Azienda Sanitaria Locale di riferimento.

Il datore di lavoro o le Associazioni di categoria comunicano nel Piano Aziendale il numero totale delle lavoratrici e dei lavoratori che aderiscono alla campagna vaccinale.

4. REQUISITI DEI PUNTI VACCINALI AZIENDALI (PVA)

Il Piano Aziendale deve garantire la messa a disposizione di una struttura tecnico-organizzativa e logistica con i requisiti indicati dai Protocolli e dalle Indicazioni nazionali nonché rapportati al numero di vaccinazioni giornaliere previste. I requisiti sono, in particolare, quelli relativi a:

- a) Sala d'attesa;
- b) Area di somministrazione dei vaccini;
- c) Postazioni di somministrazione dei vaccini;
- d) Area di osservazione post-vaccinazione;
- e) Spazio per la gestione di eventuali emergenze sanitarie connesse alla vaccinazione;
- f) Dotazione informatica e di connettività idonee per la registrazione delle avvenute vaccinazioni e per la stampa della documentazione nonché per la scansione di documenti da conservare e rendere disponibili allo SPESAL ASL;
- g) Servizi igienici;
- h) Procedure di pulizia periodica e di sanificazione giornaliera di tutti gli ambienti;

- i) Procedure di smaltimento di ROT e taglienti;
- j) Parcheggi, in caso di punti vaccinali interaziendali.

I punti vaccinali aziendali (PVA) istituiti dovranno in ogni caso essere dotati delle attrezzature, dei presidi sanitari, dei dispositivi e dei farmaci previsti, come da elenco allegato (All. B).

5. ORGANIZZAZIONE DELLA VACCINAZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO

Il Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL) del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente assicura il coordinamento, il monitoraggio, la supervisione e le attività di verifica circa le attività di cui al presente Protocollo Operativo per la vaccinazione nei luoghi di lavoro della regione Puglia.

Spetta allo SPESAL la valutazione della coerenza del Piano Aziendale alle "Indicazioni ad interim per la vaccinazione anti-SARS COV-2/COVID 19 nei luoghi di lavoro" nella loro versione aggiornata nonché ai Protocolli e alle ulteriori Indicazioni e Direttive nazionali e/o della Regione Puglia.

La ASL, acquisita la disponibilità di dosi di vaccino da mettere a disposizione delle aziende o delle Associazioni di categoria del settore produttivo di riferimento, ne fornisce evidenza alle stesse.

Ai fini della messa a disposizione delle dosi di vaccino, l'ASL garantisce la precedenza in favore delle classi di priorità (1-2-3) per settore ATECO di cui al "*Documento tecnico operativo per l'avvio delle vaccinazioni in attuazione delle indicazioni ad interim per la vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 nei luoghi di lavoro*" nella versione ultima aggiornata.

Sulla base della disponibilità dei vaccini, il datore di lavoro o l'Associazione di categoria di riferimento in base al settore produttivo comunica - con anticipo di almeno 7 giorni - alla ASL competente:

- la data di avvio delle vaccinazioni;
- il calendario vaccinale di durata almeno settimanale.

Il datore di lavoro o l'Associazione di categoria di riferimento in base al settore produttivo, qualora aderente al piano vaccinale, garantiscono - con oneri a proprio carico - l'approvvigionamento del materiale necessario di cui all'Allegato B, ad eccezione dei vaccini e dei dispositivi per la somministrazione (siringhe/ago) che devono essere forniti dall'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente.

L'ASL e l'impresa o l'Associazione di categoria di riferimento in base al settore produttivo definiscono le modalità per il ritiro dei vaccini da parte del personale all'uopo designato dal datore di lavoro, il quale garantisce adeguati strumenti di trasporto e di conservazione dei vaccini per il mantenimento della catena del freddo.

Il medico competente ed il personale sanitario e di supporto coinvolto nelle vaccinazioni devono aver preventivamente seguito il corso FAD EDUISS "*Campagna vaccinale COVID-19: la somministrazione in sicurezza del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID-19*" nonché lo specifico modulo formativo dedicato alla vaccinazione nei luoghi di lavoro il quale sarà realizzato dall'INAIL in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Il medico competente o il personale sanitario opportunamente individuato dalle imprese è responsabile di tutte le attività vaccinali previste dal Piano Aziendale.

La somministrazione dei vaccini deve essere effettuata unicamente da personale sanitario (medici, infermieri, assistenti sanitari).

L'individuazione del personale e gli oneri economici sono interamente a carico del datore di lavoro.

L'attività di vaccinazione è erogata nel rispetto delle indicazioni di sicurezza e di tutela degli operatori e dei soggetti da vaccinare, in particolare con riferimento a:

- a) Informazione ai lavoratori sull'opportunità della somministrazione del vaccino e sui contenuti dell'informativa ministeriale;
- b) Acquisizione del consenso informato (*All. C*);
- c) Raccolta dati e compilazione scheda anamnestica (*All. D*);
- d) Valutazione preliminare delle condizioni di salute, finalizzata all'individuazione dei soggetti per i quali è indicata la somministrazione in ambiente sanitario protetto, rinviando alla struttura dell'ASL territorialmente competente la relativa presa in carico, secondo le modalità e gli indirizzi nazionali e regionali;
- e) Vigilanza delle reazioni avverse successive alla somministrazione del vaccino e invio ai sistemi di gestione di farmacovigilanza.

Ferma restando la disponibilità dei vaccini l'azienda o l'Associazione di categoria di riferimento assicurerà la programmazione della somministrazione della seconda dose del vaccino (ove prevista), secondo le tempistiche previste per ciascuna tipologia vaccino.

6. OBBLIGHI INFORMATIVI

Il personale sanitario addetto alle vaccinazioni e/o il personale amministrativo/di supporto adibito al punto vaccinale effettua la registrazione dei dati entro la medesima giornata di vaccinazione utilizzando le postazioni informatiche e la connettività messe a disposizione dal datore di lavoro.

La registrazione dei dati deve avvenire nel sistema informativo di gestione delle attività vaccinali e dell'anagrafe vaccinale (GIAVA) della Regione Puglia seguendo puntualmente le istruzioni operative messe a disposizione al fine di garantire la completezza, la correttezza e la qualità dei dati connessi alla vaccinazione, indispensabili anche ai fini dell'alimentazione dell'Anagrafe Nazionale Vaccini e al rilascio della Certificazione Verde Digitale.

La profilazione degli operatori addetti alla registrazione dei dati del punto vaccinale aziendale deve avvenire mediante trasmissione - con anticipo di almeno 7 giorni rispetto all'avvio della vaccinazione - allo SPESAL dell'ASL territorialmente competente dell'elenco nominativo utilizzando il form allegato (*All. E*).

Lo SPESAL, congiuntamente al Referente GIAVA e al Referente Flussi Informativi dell'ASL, provvede al censimento del punto vaccinale aziendale (NSIS, Edotto, GIAVA) e provvede alla trasmissione tempestiva dell'elenco dei nominativi da profilare al servizio help desk del sistema GIAVA affinché si proceda al rilascio delle credenziali di accesso al Sistema.

Il Referente GIAVA congiuntamente agli operatori SPESAL ASL effettuano il monitoraggio circa la corretta registrazione dei dati da parte degli operatori delle aziende.

7. TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati della vaccinazione nei luoghi di lavoro dovrà avvenire da parte di tutti i soggetti coinvolti, nel rispetto:

- del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, “Regolamento generale sulla protezione dei dati” (GDPR);
- del d.lgs. 30 giugno 2003, n.196 recante disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento nazionale al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la Direttiva 95/46/CE (Codice Privacy);
- del Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali n. 196 del 13 maggio 2021 recante Documento di indirizzo "Vaccinazione nei luoghi di lavoro: indicazioni generali per il trattamento dei dati personali".

8. AGGIORNAMENTI E RIMANDI

Il presente Protocollo potrà essere adeguato a seguito delle eventuali modifiche al quadro normativo, alle linee di indirizzo e agli altri provvedimenti nazionali e/o regionali in materia di vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 nei luoghi di lavoro.

Per quanto non espressamente disciplinato dal presente Protocollo Operativo, si deve far riferimento alle norme, provvedimenti, protocolli e documenti di indirizzo nazionali e regionali in materia.

(da trasmettere a cura dell'AZIENDA, anche per il tramite della propria Associazione di categoria, alla ASL territorialmente competente secondo le modalità messe a disposizione)

ALLEGATO A

PIANO AZIENDALE PER L'ATTIVAZIONE DI PUNTO STRAORDINARIO DI VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2/Covid 19 NEI LUOGHI DI LAVORO

(Compilare il box Associazione di categoria solo se coinvolta)

Azienda (ragione sociale)			
P.I./C.F.			
Comune			
Via/Piazza			
Numero Civico		Prov.	
Classe di priorità			
Codice ATECO			

Datore di Lavoro: Nome e Cognome		
C.F.		
Telefono		
e-mail		
PEC		

Associazione di categoria			
P.I./C.F.			
Comune			
Via/Piazza			
Numero Civico		Prov.	
Classe di priorità			
Codice ATECO			
Telefono			
e-mail			
PEC			

Aziende aderenti al presente piano vaccinale	Denominazione Azienda	codice ATECO	N° Vaccini Richiesti

(Compilare il box di interesse: Medico Competente o Struttura sanitaria privata)

Medico Competente: Nome e Cognome		
C.F.		
Telefono		
e-mail		

Struttura sanitaria privata		
C.F./P.Iva		
Telefono della Struttura		
e-mail		
Medico di riferimento: Nome e Cognome		
C.F.		
Telefono del Medico		
e-mail		

Numero totale dei lavoratori aderenti alla campagna vaccinale	Numero _ _ _ _
--	-----------------------

Il Datore di Lavoro/Associazione di Categoria ed il Medico:

- competente
- della Struttura sanitaria privata
- personale sanitario opportunamente individuato dall'azienda

DICHIARANO

di aderire alla campagna vaccinale anti-covid19 nei luoghi di lavoro.

Il datore di lavoro/Associazione di Categoria accetta di trasmettere il calendario vaccinale settimanale entro 7 giorni dalla data di avvio della campagna vaccinale.

Il datore di lavoro/Associazione di Categoria ed il medico dichiarano che la somministrazione dei vaccini avverrà (selezionare la voce di interesse):

all'interno del punto vaccinale aziendale sito nel comune di _____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____

all'interno del punto vaccinale interaziendale sito nel comune di _____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____

servendosi della struttura sanitaria privata in convenzione sita nel comune di _____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____

nella struttura sanitaria dell'INAIL sita nel comune di _____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____

all'interno del centro vaccinale territoriale gestito dalla ASL sito nel comune di _____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ (nelle giornate non utilizzate per le vaccinazioni di popolazione)

presso punti vaccinali gestiti dai medici competenti delle Asl, per eventuali aziende convenzionate per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria di cui al dlgs 81/08 nel comune di _____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____

Il datore di lavoro/Associazione di Categoria ed il medico dichiarano che la somministrazione dei vaccini avverrà in uno spazio in grado di garantire la permanenza post-vaccinazione, dotato di n. postazioni vaccinali _____

Il datore di lavoro/Associazione di Categoria dichiara di garantire adeguati strumenti di trasporto dei vaccini e strumenti di conservazione per il mantenimento della catena del freddo, idonei a rilevare la sua eventuale interruzione (frigoriferi medicali/ altre soluzioni tecniche di analoga efficacia) con una capienza max di n. _____ dosi/giorno.

Il datore di lavoro/Associazione di Categoria dichiara di garantire adeguate procedure per lo smaltimento dei ROT e di pulizia e sanificazione giornaliera degli ambienti destinati alle vaccinazioni.

DATA ____ / ____ /2021

Datore di Lavoro _____ Medico _____

ALLEGATO B

Dotazione da assicurare in ciascun Punto Vaccinale Aziendale (PVA)

1. ATTREZZATURE, DISPOSITIVI E PRESIDI SANITARI

- a) Dispenser per igiene delle mani e prodotti per la sanificazione
- b) Lettini medici
- c) Carrello emergenze
- d) Contenitori rifiuti speciali e contenitori per taglienti
- e) Frigoriferi medicali
- f) Termoscanner
- g) Mascherine chirurgiche e Dispositivi di Protezione Individuale (DPI: esempio visiere, sovracamici ecc.)
- h) Fonendoscopi e sfigmomanometri con bracciali di misure diverse
- i) Pallone autoespandibile (tipo Ambu) con reservoir e maschere facciali con misure diverse
- j) Abbassalingua
- k) Cannule orofaringee di diversa misura
- l) Siringhe di diversa misura
- m) Butterfly e aghi di diversa misura
- n) Agocannule
- o) Lacci emostatici
- p) Guanti monouso di diversa misura
- q) Cerotti a nastro, cotone, disinfettante
- r) Kit deflussori e piantana con cestello per fleboclisi
- s) Saturimetro
- t) Arcelle per le siringhe

2. FARMACI

- a) Adrenalina pronta
- b) Ossigeno in bombole da carrello o portatili con relative connessioni
- c) Soluzione fisiologica in fiale da 10 ml, flaconi da 100 e da 200 ml per fleboclisi
- d) Antistaminici anti H1 (clorfenamina fl im/ev da 10 mg/ml)
- e) Cortisonici (idrocortisone fl im/ev da 100 a 500 mg)
- f) Broncodilatatori (salbutamolo spray)

ALLEGATO C

N.B.: Al modulo di consenso di seguito riportato deve essere allegata la nota informativa specifica per il tipo di vaccino che verrà somministrato facendo riferimento alla versione più aggiornata resa disponibile dal Ministero della Salute.

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 NEI LUOGHI DI LAVORO

MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome		
Data di Nascita		
Comune di Nascita		
Prov.		
Comune di residenza		
Via/Piazza		
Numero Civico		Prov.
Telefono		
N° Tessera Sanitaria (se disponibile)		

Ho letto e mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino:

“ _____ ”

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione. Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d’aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “ _____ ”.

Data e Luogo _____

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale/tutore

Rifiuto la somministrazione del vaccino “ _____ ”.

Data e Luogo _____

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome e Cognome (Medico) _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)

Ruolo _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.

ALLEGATO D

VACCINAZIONE ANTI-SARS-CoV2/COVID-19

ELENCO QUESITI PER MODULO STANDARD DI TRIAGE PREVACCINALE

Risposte possibili: si-no-non so

- Attualmente è malato? _____
- Ha febbre? _____
- Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? _____

Se sì specificare:

- Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? _____
- Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? _____
- Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? _____
- Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? _____
- Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? _____
- Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? _____
- Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____
- Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? _____
- Per le donne: sta allattando? _____
- Sta assumendo farmaci anticoagulanti? _____

Se è prevista la precompilazione e/o l'acquisizione, inserire spazi per dati personali e firme.

VACCINAZIONE ANTI-SARS-CoV2/COVID-19

ELENCO QUESITI PER MODULO STANDARD DI ANAMNESI COVID-19 – CORRELATA

Risposte possibili: si-no-non so

- Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? _____

Manifesta uno dei seguenti sintomi:

- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali? _____
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? _____
- Dolore addominale/diarrea? _____
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? _____
- Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? _____

Test COVID-19:

- Nessun test COVID-19 recente _____
- Test COVID-19 negativo. Data: _____/_____/_____
- Test COVID-19 positivo. Data: _____/_____/_____
- In attesa di test COVID-19. Data: _____/_____/_____

Se è prevista la precompilazione e/o l'acquisizione, inserire spazi per dati personali e firme.