

**SCUOLA DI MEDICINA
CORSO DI DI STUDIO TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
SEDE ORBASSANO**

DENUNCIA INFORTUNIO COVID-19

(redatta a cura dell'infortunata/o coadiuvato dall'operatore in turno che dovrà avallare l'accaduto)

Cognome	Nome
Nato/a	il
Residente in	via
Domicilio in	via
Cell	

Iscritto/a al Corso di Studio in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica – sede Orbassano
anno di corso _____ Matricola _____

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

L'infortunio è avvenuto il giorno _____ alle ore _____

Presidio/Residenza/Servizio territoriale in cui è avvenuto l'infortunio _____

Struttura/Servizio _____

Cognome e nome paziente fonte: _____

Tampone eseguito il _____ esito: _____

(specificare se in attesa di risultato) _____

Al momento dell'infortunio cosa stava facendo? _____

In che modo è avvenuto l'infortunio? _____

Modalità di contatto: < 15 minuti > 15 minuti

Distanza da paziente: < 2 metri > 2 metri

Paziente con mascherina chirurgica: SI NO

Tipologia DPI utilizzati da operatore al momento dell'infortunio:

mascherina chirurgica FFP2/FFP3 guanti 1 paio guanti 2 paia

no guanti ma igiene mani occhiali/visiera camice impermeabile a maniche lunghe

rottura /danneggiamento dpi nessun DPI

Eventuali sintomi a carico dell'operatore: febbre tosse dispnea

altro _____

Cognome Nome dell'operatore in turno _____

Firma Operatore _____ Firma dello studente _____