

## INFORMATIVA SUL RISCHIO DI INFEZIONE COVID-19

Il SARS-CoV-2 è un nuovo ceppo di Coronavirus, mai identificato prima nell'uomo, che causa la malattia nota anche come COVID-19. L'infezione può essere asintomatica (senza sintomi), paucisintomatica (con sintomi lievi) o può manifestarsi in forma più severa tanto da necessitare il ricovero, anche in terapia intensiva, e in casi estremi può causare la morte.

La ricerca scientifica sull'infezione da COVID-19, fortunatamente, è molto attiva ma le evidenze scientifiche sono ancora limitate e sono ancora molti gli aspetti correlati a questo tipo di infezione che non conosciamo. Relativamente alle modalità di propagazione del virus sembra che la via primaria di diffusione sia la trasmissione di goccioline del respiro (droplets) delle persone infette, che si diffondono nell'aria, in particolare tossendo e starnutendo. Non è esclusa la possibilità di trasmissione di aerosol in un ambiente, sanitario o comunitario, relativamente chiuso ed esposto per lungo tempo ad elevate concentrazioni del virus. Un'altra possibile modalità di contagio è rappresentata dal contatto con superfici contaminate.

Le caratteristiche con cui il virus si tramette e si manifesta lo rendono particolarmente subdolo e difficile da controllare, per tale motivo l'ASST mette in atto tutte le misure necessarie per ridurre il rischio di diffusione dell'infezione, attraverso lo screening dei pazienti, l'individuazione di percorsi specifici e aree filtro, il distanziamento sociale, l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale da parte dei professionisti, la sorveglianza sanitaria su tutti gli operatori e l'adeguata sanificazione degli ambienti e delle attrezzature.

Lei può fare molto per ridurre ulteriormente il rischio di contagio rispettando, durante tutta la permanenza nelle strutture dell'Azienda, alcune semplici regole, sostanzialmente le stesse che devono essere osservate in ambito comunitario:

- ✓ lavare spesso le mani con acqua e sapone o, se questi non sono disponibili, con gel a base alcolica,
- ✓ evitare, per quanto possibile, di toccare le superfici negli spazi comuni e negli ambulatori,
- ✓ evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani,
- ✓ coprire bocca e naso con fazzoletti monouso quando si starnutisce o tossisce. Se non si ha un fazzoletto usare la piega del gomito,
- ✓ indossare la mascherina chirurgica ed eseguire l'igiene delle mani dopo avere rimosso ed eliminato la mascherina,
- ✓ evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone.

È bene sapere che l'adozione delle corrette misure di prevenzione può ridurre efficacemente il rischio di contrarre il virus senza tuttavia eliminarlo totalmente, soprattutto nelle strutture sanitarie, dove vi è, comunque, un elevato afflusso giornaliero di utenti e dove, nei reparti di ricovero, negli ambulatori, nelle aree di diagnostica e nelle sale di attesa, sono presenti utenti, che possono avere la malattia COVID-19 in forma manifesta o silente. Esiste quindi il rischio che una infezione asintomatica diventi sintomatica e si aggravi durante l'assistenza sanitaria presso le strutture dell'Azienda.

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
16/06/2020	Informativa_Consenso_COVID_19 rev1	20/04/2021	1	1 di 2

Presa visione di quanto sopra esposto,

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**ETICHETTA DEL PAZIENTE**

in assenza dell'etichetta inserire  
manualmente i dati del paziente

**DICHIARO**

- ✓ di aver compreso quanto riportato nella presente informativa, di essere pertanto consapevole che, in aggiunta ai rischi relativi al ricovero e a quelli specifici connessi ad eventuali procedure/interventi chirurgici/terapie proposte, illustrati nelle specifiche informative, esiste il rischio aggiuntivo di contrarre l'infezione da Coronavirus SARS-CoV-2,
- ✓ di aver ben compreso i comportamenti da adottare per il contenimento del rischio di infezione, di impegnarmi ad osservarli e di rispettare le ulteriori indicazioni che mi verranno fornite dal personale dell'Azienda con cui entrerò in contatto,
- ✓ di essere pertanto consapevole che l'adozione di tutte le misure preventive descritte, può ridurre ma non eliminare il rischio di contrarre l'infezione COVID-19 durante la permanenza nelle strutture dell'ASST di Vimercate
- ✓ di aver compreso che per il periodo intercorrente tra l'esecuzione del tampone naso-faringeo e il ricovero, è necessario mantenere l'isolamento fiduciario per tutta la durata dell'attesa.

FIRMA DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_

*Qualora il paziente sia un minore o benefici di un Tutore o di un Amministratore di Sostegno, o si sia avvalso del diritto, previsto dalla Legge 219/2017, di delegare l'acquisizione delle informazioni relative ai trattamenti sanitari proposti, ad un familiare o altra persona di sua fiducia, il presente modulo dovrà essere sottoscritto dai genitori del minore o dal Tutore o dall'Amministratore di Sostegno o dall'incaricato/fiduciario.*

A tal proposito il Sig. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualità di (produrre documentazione comprovante la  
qualità):

Tutore     Amministratore di sostegno     Incaricato/fiduciario (firma per accettazione) \_\_\_\_\_  
 Esercente la responsabilità genitoriale (in caso di lontananza, incapacità o altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della responsabilità genitoriale, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro) consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, con la firma sottostante esprime il consenso alla procedura proposta in nome e per conto del paziente.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Nome, cognome o timbro e firma dell'esercente la potestà genitoriale o del Tutore o dell'Amministratore di sostegno o dell'incaricato/fiduciario

*Nel caso di soggetto non capace di esprimere un valido consenso, privo di DAT e di legale rappresentante, tutte le prestazioni verranno erogate attenendosi al criterio del "migliore interesse del soggetto in stato di incapacità".*

La presente scheda informativa sul rischio di infezione Covid-19, integra e non sostituisce eventuali ulteriori schede informative e di consenso orientate ad illustrare i rischi peculiari relativi agli specifici trattamenti proposti.

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
16/06/2020	Informativa_Consenso_COVID_19 rev1	20/04/2021	1	2 di 2