

# INDAGINE EPIDEMIOLOGICA FINALIZZATA ALL'INDIVIDUAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI CHE HANNO AVUTO CONTATTI A RISCHIO CON CASO COVID-19 POSITIVO.

Presentazione e premessa metodologica.

Gentile Collega,

la Sorveglianza Sanitaria Aziendale, nell'ambito della gestione dell'emergenza del COVID-19, promuove la compilazione del seguente questionario al fine di rilevare il livello di rischio di contagio da COVID-19 derivante dall'attività lavorativa svolta dagli operatori sanitari. La finalità di tale indagine è quella di salvaguardare la salute e la sicurezza degli operatori sanitari e fornire indicazioni utili al controllo dell'infezione.

La invitiamo pertanto a dedicare qualche minuto nel rispondere alle seguenti domande, scegliendo tra le due alternative SI/NO.

Dott. Michele Lacirignola  
Direttore  
Servizio Sorveglianza Sanitaria

Cognome

Nome

Data di nascita

Mansione

Ospedale

Distretto

Unità operativa/servizio

Telefono

Mail

Dispositivi di protezione (dpi/presidi) previsti durante l'attività lavorativa.

Mascherina Chirurgica

- Maschera FFP2
- Maschera FFP3
- Guanti
- Protezione facciale/occhiali protettivi
- Sovra Camice monouso (es. in TNT, idrorepellente, ecc..)
- Calzari
- Cuffia

## Informazioni relative al caso indice ( COVID-19 POSITIVO )

Cognome Nome

Data tampone positivo del caso indice

Il caso indice è/era un mio  
Paziente

Codice fornito per questo caso indice  
(iniziale del cognome- iniziale  
del nome, data refertazione  
tampone)

## Questionario

1) Lei ha avuto un contatto diretto con il caso indice il giorno dell'esecuzione del tampone o il giorno dell'insorgenza di sintomi o a partire dai due giorni precedenti il riscontro di positività e/o l'insorgenza della sintomatologia del suddetto caso indice.

- SI
- NO

Se ha risposto **SI**, proceda nella compilazione. Se ha risposto **NO** la compilazione del questionario è conclusa.

2) Durante il contatto avvenuto con il caso indice COVID-19 POSITIVO, è stato indossato il dispositivo di protezione delle vie respiratorie da parte di entrambi (es. mascherina chirurgica, FFP2)?

- SI
- NO

3) Nel contatto diretto con il caso indice è stata mantenuta la distanza di almeno un metro.

- SI
- NO

4) Il contatto diretto con il caso indice è durato **meno** di 15 minuti

- SI
- NO

5) Compilare solo se si ha svolto attività assistenziale con manovre che hanno comportato un contatto fisico con l'utente/paziente.

Nel contatto diretto con il caso indice COVID-19 POSITIVO, Lei indossava anche i guanti e il sovracamice?

- SI
- NO

6) Compilare solo se si ha svolto attività assistenziali con manovre che hanno comportato un contatto fisico con l'utente/paziente.

Durante l'esecuzione di manovre vicine al volto del paziente o che hanno generato aerosol (es aspirazione, broncoscopia, rianimazione parlare non è a rischio) o che hanno prodotto materiali e/o liquidi biologici, Lei indossava i dispositivi DPI previsti (FFP2/mascherina chirurgica e protezione oculare e sovracamice/camice idrorepellente e guanti)

- SI
- NO