

## Nota Informativa per il paziente in sorveglianza/isolamento domiciliare (da compilare in duplice copia)

Gentile signore/a,

Lei è appena stato sottoposto a visita dal Dott. \_\_\_\_\_  
che ha valutato le sue condizioni di salute.

Al momento

Le Sue condizioni cliniche non richiedono ricovero ospedaliero,

Lei non ha accettato di essere ricoverato.

La invito ad osservare le seguenti misure precauzionali:

- Soggiornare possibilmente in stanza singola e dedicata presso il proprio domicilio. Utilizzare un bagno dedicato o, in alternativa, pulirlo accuratamente dopo l'uso con candeggina. Gli asciugamani devono essere di uso esclusivamente personale (vedi nota sotto).
- Arieggiare periodicamente il più possibile la stanza o gli ambienti di soggiorno abituale.
- Utilizzare stoviglie ad uso esclusivamente personale.
- Non recarsi al lavoro o a scuola e non frequentare spazi pubblici.
- Non ricevere visite da altre persone se non di operatori sanitari per la propria assistenza.
- Se possibile limitare il numero delle persone con cui prendere contatto per eventuale necessità di assistenza.
- Evitare in particolare il contatto con donne in gravidanza o pazienti con patologie croniche e/o immunodepressi.
- Indossare sempre la mascherina chirurgica in presenza di altre persone e comunque proteggere naso e bocca con un fazzoletto in occasione di tosse o starnuti.
- Tenere un'accurata igiene delle mani lavandole spesso con acqua e sapone o con detergenti a base di alcool, evitando di portare le mani non pulite a contatto con gli occhi, naso, bocca.
- Per asciugare le mani, dopo il lavaggio, usare asciugamani di carta che devono essere prontamente eliminati o, in alternativa, utilizzare asciugamani strettamente personali (per es. distinti da colore diverso).

Lei sarà contattato periodicamente dagli Operatori del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SIESP) per conoscere il suo stato di salute e pertanto è pregato di lasciare i suoi recapiti telefonici e l'indirizzo presso il quale potrà essere contattato.

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_