

SORVEGLIANZA OSPITI E DISPOSITIVI EMERGENZA COVID-19

CASA FAMIGLIA -----

COMUNE DI _____
 SETTIMANA DAL _____ AL _____

parte A

n.b : in caso di presenza di tosse o altri sintomi respiratori indicare si/no

nome e cognome	lunedì		martedì		mercoledì		giovedì		venerdì		sabato		domenica	
	tc ore 8	presenza di tosse o altri sintomi	tc ore 8	presenza di tosse o altri sintomi	tc ore 8	presenza di tosse o altri sintomi	tc ore 8	presenza di tosse o altri sintomi	tc ore 8	presenza di tosse o altri sintomi	tc ore 8	presenza di tosse o altri sintomi	tc ore 8	presenza di tosse o altri sintomi

Per le persone che hanno presentato febbre, presenza di tosse o altri sintomi respiratori è stato avvisato il Medico di famiglia? Per quale/quali anziano/i _____

In quale giorno della settimana _____
 parte B

QUANTI GUANTI MONOUSO HA A DISPOSIZIONE PER LA PROSSIMA SETTIMANA? nr guanti

QUANTE MASCHERINE MONOUSO HA A DISPOSIZIONE ? nr mascherine

N.B: QUESTA SCHEDA VA INVIATA TUTTI I LUNEDI' ALL'INDIRIZZO MAIL _____
 FIRMA DEL GESTORE DELLA CASA FAMIGLIA _____