



## SORVEGLIANZA SANITARIA SPISAL

Spett. ditta,

Lo scrivente servizio ha ricevuto segnalazione dalle autorità competenti di uno o più casi di lavoratori della vostra azienda risultati positivi al Coronavirus Covid-19.

Al fine di consentire il tracciamento di altri eventuali lavoratori che possono essersi infettati in quanto *contatti stretti* dei soggetti positivi, si chiede di compilare, anche con l'aiuto del Comitato Covid ed in particolare del medico competente, la scheda che si allega. Nella scheda trovate la definizione di *contatto stretto*, che ricordiamo deve contattare il medico di medicina generale (o in casi eccezionali il Servizio di Igiene Pubblica) al fine della quarantena e della programmazione dei tamponi.

Si chiede di restituire la scheda compilata e sottoscritta unicamente al seguente indirizzo mail: **[emergenzacovid19@aulss6.veneto.it](mailto:emergenzacovid19@aulss6.veneto.it)** nel più breve tempo possibile, e comunque **entro due giorni dalla ricezione della presente**, indicando come oggetto SPISAL (in maiuscolo) e il nome della ditta.

1

Nell'eventualità di un errore di comunicazione (errata segnalazione-omonimia), si è pregati di segnalarlo immediatamente alla presente e-mail.

Certi della Vostra collaborazione, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Direttore SPISAL  
Dott.ssa R. Bizzotto

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**  
*Servizio Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti Lavoro*

**SCHEDA TRACCIAMENTO**

**DATI RELATIVI ALL'AZIENDA**

N. telefono azienda .....

data compilazione.....

|                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DENOMINAZIONE AZIENDA</b>                                             |  |
| <b>P.I. / CODICE FISCALE</b>                                             |  |
| <b>SEDE LEGALE</b>                                                       |  |
| <b>SEDE OPERATIVA</b>                                                    |  |
| <b>RESPONSABILE LEGALE</b>                                               |  |
| <b>RSPP</b>                                                              |  |
| <b>MEDICO COMPETENTE</b>                                                 |  |
| <b>N. DIPENDENTI</b>                                                     |  |
| <b>ALTRE EVENTUALI<br/>AZIENDE/COOPERATIVE<br/>OPERANTI ALL' INTERNO</b> |  |

## CASO POSITIVO

|                           |                                             |                                    |
|---------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COGNOME e NOME</b>     |                                             |                                    |
| <b>DATA DI NASCITA</b>    |                                             | <b>TELEFONO</b>                    |
| <b>DOMICILIO</b>          |                                             | <b>RESIDENZA</b>                   |
| <b>REPARTO LAVORATIVO</b> |                                             | <b>MEDICO DI BASE</b>              |
| <b>DATE</b>               | <b>ULTIMO GIORNO DI LAVORO</b>              |                                    |
|                           | <b>COMPARSA SINTOMI</b>                     |                                    |
|                           | <b>ESECUZIONE TAMPONE RAPIDO POSITIVO</b>   |                                    |
|                           | <b>ESECUZIONE TAMPONE MOLECOLARE</b>        |                                    |
|                           | <b>TAMPONE MOLECOLARE POSITIVO</b>          |                                    |
|                           | <b>TAMPONE MOLECOLARE NEGATIVO</b>          | se eventualmente già negativizzato |
|                           | <b>COMUNICAZIONE POSITIVITÀ all'AZIENDA</b> |                                    |
|                           | <b>INIZIO ISOLAMENTO</b>                    |                                    |

Compilare questa pagina e quella dei contatti stretti per ogni lavoratore positivo, compresa la pagina orizzontale n. 5.

## CONTATTI STRETTI DEL POSITIVO

### Indicazioni per la compilazione della scheda CONTATTI STRETTI

#### DEFINIZIONE DI CONTATTO STRETTO

- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti in assenza di DPI idonei;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei.

#### GIORNI DA CONSIDERARE PER IL TRACCIAMENTO

partendo dalle **48 ore precedenti** la positività o la sintomatologia fino ad arrivare al giorno di inizio isolamento

#### DESCRIZIONE DEL TRACCIAMENTO

Per ogni contatto stretto segnalato riportare, nell'ultima colonna della successiva scheda, la relativa classificazione, usando uno o più numeri delle diciture riportate qui sotto.

4

1. Senza mascherina, a 2 metri, più di 15 min
2. Colleghi di lavoro del reparto o linea o ufficio
3. Colleghi di pausa caffè e pranzo, spogliatoio comune

## ELENCO "CONTATTI STRETTI" DEL CASO POSITIVO

| COGNOME | NOME | DATA DI<br>NASCITA | TELEFONO | INDIRIZZO DOMICILIO | DATA ULTIMO CONTATTO<br>CON CASO POSITIVO | Descrizione tracciamento<br>/REPARTO |
|---------|------|--------------------|----------|---------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|
|         |      |                    |          |                     |                                           |                                      |
|         |      |                    |          |                     |                                           |                                      |
|         |      |                    |          |                     |                                           |                                      |
|         |      |                    |          |                     |                                           |                                      |
|         |      |                    |          |                     |                                           |                                      |
|         |      |                    |          |                     |                                           |                                      |
|         |      |                    |          |                     |                                           |                                      |
|         |      |                    |          |                     |                                           |                                      |
|         |      |                    |          |                     |                                           |                                      |
|         |      |                    |          |                     |                                           |                                      |
|         |      |                    |          |                     |                                           |                                      |

Per i contatti stretti appartenenti ad altre ditte/cooperative, utilizzare una scheda a parte

## TAMPONI

L'azienda ha proceduto, di propria iniziativa, ad effettuare tamponi per i contatti stretti ed eventualmente per altri lavoratori? Se la risposta è sì, compilare la scheda seguente ed eventualmente aggiungere altre pagine.

[illegible]

## ALTRE INFORMAZIONI

|                                                                |  |                                                      |                                   |
|----------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>SANIFICAZIONE AMBIENTI DI LAVORO E<br/>LOCALI ACCESSORI</b> |  | <input type="checkbox"/>                             | Sanificazione di prevenzione      |
|                                                                |  | <input type="checkbox"/>                             | Sanificazione dopo covid positivo |
| <b>DATA DI ESECUZIONE ULTIMA<br/>SANIFICAZIONE:</b>            |  | inviare in allegato documento comprovante esecuzione |                                   |
| <b>FIRMA DATORE<br/>DI LAVORO<br/>(obbligatoria)</b>           |  | <b>FIRMA RSPP</b>                                    |                                   |
| <b>FIRMA MEDICO<br/>COMPETENTE</b>                             |  | <b>DATA</b>                                          |                                   |

**NOTE:**