SCUOLA DI MEDICINA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
SEDE ORBASSANO

DENUNCIA INFORTUNIO COVID-19

(redatta a cura dell'infortunata/o coadiuvato dall' infermiere in turno che dovrà avallare l'accaduto)

Cognome	**Nome**
Nato/a	il
Residente in	via
Domicilio in	via
Cell	

Iscritto/a al Corso di Laurea in Infermieristica – sede Orbassano

anno di corso ____ canale ____ Matricola_____

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

L'infortunio è avvenuto il giorno _____ alle ore _____

Presidio/Residenza/Servizio territoriale in cui è avvenuto l'infortunio _____

Struttura/Servizio _____

Cognome e nome paziente fonte: _____

Tampone eseguito il _____ esito: _____

(specificare se in attesa di risultato)_____

Al momento dell'infortunio cosa stava facendo?_____

_____

In che modo è avvenuto l'infortunio? _____

_____

Modalità di contatto: [ ] < 15 minuti [ ] > 15 minuti
Distanza da paziente: [ ] < 2 metri [ ] > 2 metri
Paziente con mascherina chirurgica: [ ] SI [ ] NO
Tipologia DPI utilizzati da operatore al momento dell'infortunio:
[ ] mascherina chirurgica [ ] FFP2/FFP3 [ ] guanti 1 paio [ ] guanti 2 paia
[ ]no guanti ma igiene mani [ ] occhiali/visiera [ ] camice impermeabile a maniche lunghe
[ ] rottura /danneggiamento dpi [ ] nessun DPI

Eventuali sintomi a carico dell'operatore: [ ] febbre [ ] tosse [ ]dispnea
[ ] altro_____

Cognome Nome dell'infermiere in turno _____

Firma Infermiere_____ Firma dello studente_____