

**Allegato 2**

|  |
|--|
| <p><b>SCHEDA DI PRE-INGRESSO EMERGENZA COVID-19</b></p> <p><b>A CURA DEL GENITORE - SERVIZI INFANZIA</b></p> |
|--|

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| <b>DATI GENITORE</b> |                  |
| Cognome              | Nome             |
| Data di nascita      | Luogo di nascita |
| Residenza Via        | N.               |
| Comune               | Prov.            |

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| <b>DATI BAMBINO</b>   |                  |
| Cognome               | Nome             |
| Data Nascita          | Luogo Di Nascita |
| Residenza Via         | N.               |
| Comune                | Prov.            |
| Numero dei conviventi |                  |

|   |  |
|---|--|
| <b>VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DEL BAMBINO</b>   |  |
| <p><b>In qualità di Genitore responsabile dichiaro che:</b></p> <p><b>Il Bambino ha SOGGIORNATO IN PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO:</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO      <input type="checkbox"/> NON NOTO</p> <p>SE SI SPECIFICARE</p> <p>PAESE _____</p> <p>DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO ____ / ____ / ____</p> |  |
| <p>IL BAMBINO È STATO ESPOSTO A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti)    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>  |  |
| <p>IL BAMBINO È STATO ESPOSTO A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI)    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>  |  |

IL BAMBINO HA VUTO CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITA' A RISCHIO  SI  NO

IL BAMBINO HA VUTO CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI  SI  NO

### VALUTAZIONE CLINICA DEL BAMBINO

Il bambino è risultato positivo a infezione COVID-19 recentemente o in passato?  SI  NO

Se **SI** Il Medico curante/Pediatra ha certificato che:

In data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ è clinicamente guarito

Non è ad oggi clinicamente guarito e non può accedere al servizio

Ha avuto negli ultimi due mesi temperatura corporea superiore a 37,5°C:  SI \_\_\_\_\_°C  NO

Data di comparsa \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ha difficoltà a respirare a riposo

Ha avuto episodi di diarrea nelle ultime due settimane

Ho contattato il pediatra di libera scelta che ha attestato che il bambino è in buone condizioni di salute ed ha escluso situazioni che rendono non opportuna la partecipazione del bambino al servizio o che richiedono particolari misure protettive aggiuntive.

---

### Valutazione delle condizioni di rischio note al medico DICHIARATE DAL GENITORE:

Malattie Polmonari

Malattie cardiache

Malattie renali

Malattie sistema immunitario

Malattie oncologiche

Malattie metaboliche

Altro: \_\_\_\_\_

### Valutazione Stato vaccinale noto al medico e DICHIARATO DAL GENITORE

• E' in linea con il programma delle vaccinazioni obbligatorie  SI  NO

Data

Firma Genitore