

Allegato 1

INDICAZIONI PREVISTE DALL'AIR-COVID PER LA VALUTAZIONE DI SOGGETTO SOSPETTO DI COVID-19 DA PARTE DI MMG

Si definisce caso sospetto la persona che presenta una sintomatologia che soddisfa un criterio maggiore o due minori tra i seguenti, in assenza di una diagnosi alternativa più probabile:

CRITERI MAGGIORI

Durata dei sintomi superiore a 3 giorni

- Febbre superiore a 37,5 °C
- Tosse secca o dispnea
- Anosmia e/o Ageusia

CRITERI MINORI

Durata dei sintomi superiore a 3 giorni

- Congiuntivite bilaterale
- Astenia severa
- Mal di testa
- Rinorrea
- Disturbi gastrointestinali (diarrea, nausea, vomito)
- Dolori osteomuscolari diffusi
- Faringodinia

INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE DI SOGGETTO PEDIATRICO SOSPETTO DI COVID-19

Presenza di 2 dei seguenti sintomi per almeno 48 ore

- Febbre superiore a 37,5 °C
- Tosse secca o dispnea
- Faringodinia
- Diarrea, vomito o dolori gastrici
- Anosmia e/o Ageusia

Allegato 2

FAC-SIMILE AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA

Il/la sottoscritto/a

nato/a _____ il _____,

e residente in _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____

_____, nato/a _____ il _____,

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento della diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

che il proprio figlio/a può essere riammesso al servizio/scuola in quanto l'assenza è avvenuta per:

- MOTIVI NON DI SALUTE
- PRESENZA SINTOMI

In caso il figlio/a abbia presentato i sintomi:

- è stato contattato un Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG)
- sono state seguite le indicazioni fornite
- il bambino/a non presenta più sintomi
- la temperatura misurata prima dell'avvio a scuola è di _____ gradi centigradi.

Luogo e data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____