



E-SCHOOL
by ENDOSPHERES

VIDEO LEZIONI
con ESPERTI del SETTORE
rivolti ai **PROFESSIONISTI**
dell'**ESTETICA**



www.endospheres.com

CONSIGLI SULLA DOTAZIONE DETERGENTI E DISINFETTANTI

Gel mani

- Etanolo 80% (alcol etilico)
- 75% 2-propanolo (alcol isopropilico)

Disinfettanti superficiali

- 10-15 % di ipoclorito di sodio (Candeggina) per sanificazione approfondite (tipo stradali)
- 0,1-0,5% di ipoclorito di sodio superfici disinfezione sanificazione ad opera del centro (0,1 % superfici—0,5% pavimenti e bagni ad esempio)
- Dal 75% al 95% di etanolo o 2-propanolo
- 0,1\0,5 % ipoclorito di sodio per le superfici

Disinfettante cutanei

- 0,5 % perossido di idrogeno (Acqua ossigenata)
- 0,5 -1 % di iodopovidone (Betadine)

CONSIGLI SUL TRIAGE TELEFONICO

- Negli ultimi 14 gg ha avuto contatti con persone sospette di coronavirus?
() Si () no da quanti gg
- Negli ultimi 14 gg ha avuto contatti con persone positive al coronavirus?
- Negli ultimi 14 gg ha avuto contatti con persone che lavorano in reparto covid?
- Ha avuto diagnosi di positività al Test Covid ?
- Ha necessità di essere accompagnato all'interno dello studio il giorno dell'appuntamento?
- Negli ultimi 14 gg ha assunto farmaci? Quali?
- Negli ultimi 14 gg ha avuto:
 - () Febbre
 - () Tosse
 - () Congiuntivite
 - () Raffreddore
 - () Difficoltà respiratorie
 - () Dolori muscolari o articolari
 - () Affaticamento
 - () Diarrea
 - () Dermatite
 - () Alterazione del gusto e/o odorato

CONSIGLI SUI DPI DELL'OPERATORE:

- Gel disinfettante per le mani
- Crema idratante mani
- Copriscarpe
- Mascherina chirurgica
- Guanti monouso
- Armadietto o in alternativa contenitore per riporre gli indumenti e le scarpe
- Mascherina ffp2 o ffp3
- Visiera paraspruzzi
- Divisa o camice
- Camici monouso

CONSIGLI PER I DPI CLIENTI

- Gel disinfettante mani
- Mascherina Chirurgica
- Calzari
- Guanti
- OLTRE A QUELLI NORMALMENTE GIA' IN USO NEI CENTRI
- CUFFIETTE
- FASCETTE
- CAMICI USA E GETTA
- ETC

Consiglio sul contenuto Sms

(sono delle indicazioni che andrete a formulare a seconda delle vostre esigenze)

Se presenta febbre o sintomi rilevanti (tosse, indolenzimento o dolori muscolari, senso di stanchezza, congiuntivite, diarrea, raffreddore o congestione nasale, mal di gola, perdita dell'olfatto, difficoltà respiratoria) disdica il suo appuntamento telefonando al numero [numero]. Sarà nostra cura rifissarlo appena possibile.

Se ha dubbi sul suo stato di salute o sull'opportunità di confermare l'appuntamento contatti telefonicamente il centro al seguente numero: [numero].

Per favore, rispetti scrupolosamente l'orario fissato: a tutela di tutti i pazienti, lo Studio programma le visite in modo da limitare l'afflusso dei pazienti nei suoi locali.

Disinfetti le mani appena arriva al centro e dopo ogni evento potenzialmente fonte di contagio (starnuto, colpo di tosse, contatto con altre persone, contatto con superfici etc.).

In ogni caso, all'interno del centro, per favore rispetti la distanza di almeno 1 metro da persona a persona.

Per favore, starnutisca o tossisca solo in un fazzoletto o con il gomito flesso e getti i fazzoletti utilizzati immediatamente dopo l'uso.

All'ingresso sarà invitata ad indossare dei copriscarpe per aiutarci a mantenere il centro il più sicuro possibile e ancor di più le saranno messi a disposizione dei guanti monouso.

Al suo arrivo dovrà essere munita di mascherina chirurgica

QUESTIONARIO ANTI-COVID 19

INTEGRAZIONE AL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

QUESTIONARIO

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

C.F. _____

DICHIARA

Sesso M () F ()

Età: _____

Negli ultimi 15 giorni sono stati frequentati luoghi successivamente chiusi per casi di Co.Vi.D. 19 o persone che hanno manifestato la malattia?

No () Sì () Quali: _____

Sintomatologia

Temperatura rilevata (segnare solo se superiore a 37°, altrimenti sbarrare): _____

Negli ultimi 15 giorni	Sì	No	Negli ultimi 15 giorni	Sì	No
Tosse (spec. secca)			Congiuntivite		
Indolenzimento o dolori muscolari			Diarrea		
Senso di stanchezza			Raffreddore o congestione nasale		
Febbre			Mal di gola		
Difficoltà respiratoria			Perdita dell'olfatto		

Negli ultimi 15 giorni ha rispettato le regole di sicurezza dettate dal DPCM 8 marzo 2020 (evitare di uscire dalla propria abitazione; evitare i luoghi affollati; mantenere la distanza interpersonale di almeno un metro; indossare la mascherina fuori dal domicilio; evitare di toccarsi viso; occhi, naso e bocca; lavare spesso le mani con acqua e sapone o soluzione idroalcolica; evitare abbracci e strette di mano etc.)?

Sì () No ()

Violazioni: _____

Negli ultimi 15 giorni è stato soggetto a rischi di contagio, secondo quanto previsto dal foglio informativo allegato?

No () Sì () Quali: _____

Sono consapevole che le dichiarazioni rese nel presente Questionario sono necessarie al fine di tutelare la mia salute e la salute dei professionisti e degli altri clienti che frequentano il centro. Dichiaro, pertanto, di aver comunicato in maniera corretta, completa e non omissiva, anche in sede di colloquio, tutte le informazioni richiestemi e comunque tutto quanto a me noto circa il mio stato di salute e comunque tutto quanto da me ritenuto rilevante e/o richiesto dal medico.

Mi impegno a comunicare senza indugio al centro il caso in cui dovessi presentare, nei quindici giorni successivi alla data odierna, alcuno dei sintomi indicati al precedente n. 4 e in ogni caso se risultassi positivo al Co.Vi.D. 19.

Data ___/___/_____

Firma _____

