HOSPITAL/CENTRO DE SALUD/SUMMA:

..………………………………………………………………………………………………………………………………….

AL DIRECTOR GERENTE/JEFE DE RRHH/SERVICIO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES/DIRECTOR MEDICO

D/Dª …………………………………………………..………… con DNI………….…………………………………,

FEA/MF/MIR ………….……………, con puesto de trabajo en el

Servicio……………………………………………………………………….Unidad…………………………………….Área...........................................durante el estado de Alarma Covid19, los días días................................de…………... de 2020, mediante el presente escrito:

Pongo en su conocimiento que, en las fechas antes mencionadas atendí pacientes COVID19+ usando como parte de mi EPI la mascarilla “Garry Galaxy en envoltorio de color verde”.

Que según el comunicado del INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO y tras los ensayos realizados por el CENTRO NACIONAL DE MEDIOS DE PROTECCION sobre el lote de las mascarillas “Garry Galaxy en envoltorio de color verde”, este lote de mascarillas no cumple con ninguna clasificación indicada en la norma UNE-EN 149:2001+A1:2010, encontrándose que tienen un nivel de penetración mucho mayor del 6%, que es el límite que deben tener como “material filtrante”. Por ello, no pueden considerarse como un EPI adecuado en la prevención del riesgo de transmisión frente al SARS-CoV-2.

Esta situación supone un claro riesgo de exposición y posible infección por el coronavirus SARS-CoV-2 durante mi actividad laboral por lo que solicito se me realicen los test diagnósticos precisos (PCR, detección de anticuerpos).

En Madrid a …………………………. de abril de 2020.

Fdo.