

<p>Cod. Mecc. CLIC82400R – C.F. 82002290854 Via Butera s.n.c. – 93012 GELA (CL) CLMM82401T “E. Mattei” Gela - CLMM82402V “Mario Gori” Butera CLEE824042 “Plesso Mattei” Gela – CLEE82401V “Don Bosco” Butera – CLEE82402X “Santa Caterina” Butera CLEE824064 “Cantina Sociale –N. Mandela” Gela CLAA82400L “Gela e Butera” Gela - CLAA82401N “Piazzale Italia” Butera – CLAA82402P “Via San Rocco” Butera CLAA82403Q “M.T. di Calcutta” Gela Tel. 0933/835276 – Fax 0933/823425 e-mail clic82400r@istruzione.it pec clic82400r@pec.istruzione.it CODICE UNIVOCO FATTURAZIONE UFKSL8</p>				

COMUNICAZIONE N. 132

Al Sindaco del Comune di Butera

A tutto il personale

Alle famiglie e agli alunni
dell'I.C. Gela e Butera

Al sito web – Atti

Oggetto: Screening per la comunità scolastica dell'I.C. Gela e Butera – **Comune di Butera**

Si comunica a quanti in indirizzo che è previsto lo screening – tampone rapido rinofaringeo – per la comunità scolastica del Comune di Butera (infanzia, primaria e scuola secondaria di primo grado) **sabato 20 marzo 2021 dalle ore 9.30 alle 14.00** presso il Campo Sportivo di Contrada Geremia.

Al fine di evitare assembramenti e per una migliore organizzazione dello screening le classi saranno suddivise nel seguente modo:

INFANZIA	ORE 9,30 – 10,30	38 alunni + 12 unità di personale
PRIMARIA DON BOSCO	ORE 10,30 – 11,30	50 alunni + 10 unità di personale
PRIMARIA S. CATERINA	ORE 11,30 – 12,30	35 alunni + 7 unità di personale
SECONDARIA DI 1° GRADO	ORE 12,30 – 14,00	65 alunni + 6 unità di personale

I coordinatori di classe e di sezione degli alunni in indirizzo informeranno tempestivamente le famiglie. Si ricorda che è **necessario consegnare all'operatore sanitario il consenso informato debitamente compilato in ogni sua parte** (vedasi allegato n. 1).

Si auspica che la comunità scolastica del nostro Istituto dia un segnale forte e di aiuto alle misure di contrasto al Covid. È una forma di rispetto per chi ci sta accanto, è una opportunità anche di crescita e di maturità per i nostri ragazzi.

Rimanendo a disposizione per ulteriori chiarimenti, porgo cordiali saluti.

Gela 17 marzo 2021

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Rocco Trainiti

Firma autografa omessa ai

sensi dell'art.3 co.2 d.lgs.39/93

Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE	
Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza:	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Laboratorista _____
Data dell'intervista:	Luogo
Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato	
Cognome	Nome
Codice Fiscale	Sesso
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune di residenza	Via
Comune di domicilio	Via
ASP di residenza	
Telefono fisso	Telefono cellulare
Indirizzo email	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	Contact tracing Screening Altro _____
Test sierologico tipologia A	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico tipologia B	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico rapido	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, (tipologia D)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, (tipologia E)	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Altro test specificare _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale	
Asintomatico <input type="checkbox"/>	
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	(Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico)
Sintomatico	Data inizio sintomi: _____
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Febbre > 37.5°C
<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dispnea
<input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Dolori muscolari
	<input type="checkbox"/> Mal di gola
	<input type="checkbox"/> Alterazione gusto
	<input type="checkbox"/> Alterazione olfatto
	<input type="checkbox"/> Cefalea,
	<input type="checkbox"/> Disturbi intestinali
<input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero – Data: _____ P.O. : _____	
<input type="checkbox"/> Deceduto – Data: _____	



CONSENSO INFORMATO

Test su tampone rino-faringeo rapido su card per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2.

Tale tipologia di test prevede un prelievo rinofaringeo mediante swab, con successivo rapido trattamento per una deposizione e lettura tramite tecnica immunocromatografica su card per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2.

Il/La sottoscritto/a _____

Data e luogo di nascita _____

Codice fiscale _____

Dopo aver preso visione dell'informativa allegata alla presente e aver compreso modalità e finalità del test diagnostico per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2 dichiaro di essere consapevole dei limiti diagnostici legati alla tecnica e dei rischi propri legati all'esecuzione del test. Presto il mio consenso all'atto sanitario: Test su tampone rinofaringeo rapido su card per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2

Luogo e data: _____/_____/_____

Firma del/la Paziente _____

Se minorenne: nome e cognome del/i genitore/i o del tutore in stampatello:

Cognome e nome (padre/tutore) _____

Luogo e data di nascita _____

Documento riconoscimento _____ n. _____

Dopo aver preso visione dell'informativa allegata alla presente e aver compreso modalità e finalità del test diagnostico per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2 dichiaro di essere consapevole dei limiti diagnostici legati alla tecnica e dei rischi propri legati all'esecuzione del test. Presto il mio consenso all'atto sanitario: Test su tampone rinofaringeo rapido su card per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2 eseguito su mio/a figlio/a.

firma: _____

Cognome e nome (madre/tutore) _____

Luogo e data di nascita _____

Documento riconoscimento _____ n. _____

Dopo aver preso visione dell'informativa allegata alla presente e aver compreso modalità e finalità del test diagnostico per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2 dichiaro di essere consapevole dei limiti diagnostici legati alla tecnica e dei rischi propri legati all'esecuzione del test. Presto il mio consenso all'atto sanitario: Test su tampone rinofaringeo rapido su card per la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2 eseguito su mio/a figlio/a.

firma: _____

La firma di entrambi i genitori è obbligatoria nel caso in cui i due genitori non risultano conviventi o sono separati/ divorziati.

Nego il consenso:

Firma di chi ha raccolto il consenso _____

INFORMATIVA TEST SU TAMPONE PER LA RICERCA QUALITATIVA DI ANTIGENI SPECIFICI PER SARS-COV-2

Il prelievo del tampone rino-faringeo è una procedura che consiste nel prelievo delle cellule superficiali della mucosa della faringe posteriore e della rinofaringe, mediante un piccolo bastoncino di materiale sintetico in grado di trattenere molto materiale organico. Il prelievo viene eseguito in pochi secondi ed ha un'invasività minima, originando, al più, un impercettibile fastidio nel punto di contatto, piccole lesioni nella parte oro e rino faringe e sono stato informato dei rischi propri legati all'esecuzione del test. Tale test diagnostico rapido in vitro è utile per il rilevamento qualitativo dell'antigene SARS-CoV-2 (Ag) in campionumani di tamponi nasofaringei di individui che soddisfano i criteri clinici e/o epidemiologici per il COVID-19. Il dispositivo pertest rapido COVID-19 Ag è esclusivamente per uso professionale e deve essere utilizzato come ausilio nella diagnosi dell'infezione da SARS-CoV-2. Il prodotto può essere utilizzato in qualsiasi contesto di laboratorio e non di laboratorio che soddisfi requisiti specificati nelle Istruzioni per l'uso e nelle normative locali. Il test fornisce risultati preliminari dell'analisi. I risultati negativi non precludono l'infezione da SARS-CoV-2 e non possono essere usati come unica base per le decisioni relative al trattamento e alla gestione del paziente. I risultati negativi devono essere associati a osservazioni cliniche, anamnesi del paziente e informazioni epidemiologiche. Il test non deve essere utilizzato come test di screening dei donatori per SARS-CoV-2. Un test sul tampone negativo del paziente alla data di esecuzione non significa che il paziente medesimo, soprattutto se particolarmente esposto al rischio d'infezione, non si possa infettare il giorno successivo o che sia presente una infezione da SARS CoV-2 con una bassa risposta anticorpale. Se il test sarà positivo, ne deriverà l'informazione dell'avvenuto contatto con il virus. Inoltre, in caso di risultato positivo esiste la possibilità di essere ancora contagiosi. Per questo motivo, il risultato verrà segnalato immediatamente al Dipartimento di Prevenzione dell'ASP territorialmente competente e i soggetti coinvolti vengono posti in isolamento domiciliare o presso strutture dedicate, anche in assenza di sintomi, fino all'acquisizione dell'esito del tampone rino-faringeo per la ricerca del SARS-CoV-2.

Caratteristiche de test:

- Risposte rapide per i pazienti: risultati del test in 15–20 minuti
- Sensibilità: 93,3% (98,2% per i campioni con valori Ct ≤33)
- Specificità: 99,4%

Luogo e data _____

Firma paziente _____

Firma Genitori/Tutore



Ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS-CoV-2

DATA DI ESECUZIONE: _____

NOME: _____

COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____

Tampone rinofaringeo:SARS-CoV-2

POSITIVO

NEGATIVO

Commenti : *nessuno*

TIPOLOGIA TEST :
Panbio COVID-19 Ag Rapid Test Device

Validato da:
