



COMUNE DI VILLANTERIO

PROV. PAVIA

IC VIA NOVARIA - VILLANTERIO (PV)
Prot. 0001758 del 01/02/2021
(Entrata)

Villanterio, li 01/02/2021

- Ai genitori degli alunni della Scuola Secondaria di Primo Grado di Villanterio
- Ai Docenti della Scuola Primaria e Secondaria Secondaria di Primo Grado di Villanterio

INIZIATIVA INDAGINE DI APPROFONDIMENTO COVID-19

L'Amministrazione Comunale di Villanterio intende organizzare nella giornata del 20 febbraio dalle ore 9.30 alle ore 12.00 e dalle ore 14.00 alle ore 16.00 presso la Palestra Comunale di Villanterio un'indagine di approfondimento COVID -19 sulla comunità scolastica tramite tamponi rapidi antigenici per poter monitorare ed eventualmente limitare il diffondersi del virus, ancora presente nel nostro territorio. Riteniamo questa giornata sanitaria fondamentale per la tutela della salute sia dei docenti che degli alunni e conseguentemente anche dei loro genitori. L'indagine sarà su base volontaria e gli alunni, essendo minori, dovranno compilare, oltre alla nota informativa e Privacy, il modulo di consenso da parte dei genitori. I tamponi verranno effettuati da personale medico autorizzato.

Vi chiediamo di leggere con attenzione i moduli allegati che si dovranno compilare presso la postazione predisposta consegnandoli al personale della Croce Azzurra che si occuperà del Triage.

Per meglio organizzare l'iniziativa occorre prenotarsi telefonando alla Protezione Civile 0382/967122 interno 7

**dalle ore 10 alle 12 e dalle ore 16 alle ore 18 nei giorni 3-5-9-11- febbraio 2021
dalle ore 10 alle 12 di sabato 13.2.2021**

Il Sindaco
Silvio Corbellini





**COMUNE DI VILLANTERIO
PROVINCIA DI PAVIA**

Consenso informato per l'effettuazione del test antigenico (tampono nasofaringeo) per la sorveglianza Covid-19 -
Ag-RDTs

Il sottoscritto _____ nato a _____
ii _____ e residente in _____ Via _____
con codice fiscale (*) _____ e reperibile al seguente recapito telefonico diretto(*)
_____, indirizzo e-mail(*) _____

(*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

In caso di accompagnamento ad effettuazione test di minore compilare anche la seguente sezione:

{con acquisizione dell'autorizzazione all'esecuzione del test da parte di entrambi i genitori}

in qualità di _____ del minore:
Cognome del minore _____ Nome del minore _____

codice fiscale del minore (*) _____

**INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE TEST ANTIGENICO/CO
(TAMPONE NASOFARINGEO) PER LA SORVEGLIANZA Covid-19-Ag-RDTs**

È necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test sia a conoscenza del significato dell'esito, delle azioni conseguenti e degli adempimenti che dovranno essere rispettati:

l'adesione al test è integrale, ovvero a **tutte le fasi del percorso diagnostico**;

l'esecuzione del prelievo avviene attraverso tampone nasofaringeo;

il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo; è previsto il rilascio di attestazione esito;

la positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale (test molecolare) mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo;

la positività al test comporta l'informativa all'utente, da parte del personale sanitario che esegue il test, sulle disposizioni riguardo l'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti, fino all'esito del tampone per ricerca di RNA virale;

in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata

Data _____ Firma leggibile _____

ed esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test antigenico rapido con tampone nasofaringeo per la sorveglianza Covid-19 - Ag-RDTs e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo o dubbio con conseguente liberatoria del personale che effettuerà i test.

Data _____ Firma leggibile _____

Dichiaro altresì di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation".

Data _____ Firma leggibile _____

ATTESTAZIONE ESITO TEST ANTIGENICO RAPIDO PER SARS CoV-2

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____

Esito del test:

- Positivo
- Negativo
- Dubbio
- Invalido

In caso di esito positivo del test, la positività all'infezione da SARS CoV-2 deve essere confermata con un secondo tampone nasofaringeo eseguito con metodo molecolare (ricerca dell'RNA virale) entro 12 ore. Considerata l'alta specificità del presente test, i contatti stretti dovranno comunque essere messi in quarantena prima dell'esito del tampone per la ricerca del genoma virale.

In caso di esito negativo del test, non si può escludere completamente un'infezione da SARS CoV-2 e, in caso di sintomatologia dubbia sono necessari ulteriori accertamenti, su valutazione del proprio medico curante.

In caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo.

In caso di esito invalido, vale a dire quando il controllo interno del test non è andato a buon fine, il prelievo e il test devono essere ripetuti.

Luogo esecuzione test rapido: _____

Data esecuzione: _____

Operatore che ha letto l'esito del test:

Nome e Cognome _____ Qualifica _____

Firma _____

N.B: se disponibile, allegare stampa esito o fotografia esito test.

APPUNTAMENTO PER EFFETTUAZIONE TAMPONE MOLECOLARE

Luogo esecuzione test molecolare: _____

Data prenotazione per effettuazione test molecolare: _____