



**COMUNE DI SANTO STEFANO QUISQUINA  
UFFICIO DI PROTEZIONE CIVILE**

***AVVISO ALLA CITTADINANZA***

**DOMENICA 23 GENNAIO 2022, SCREENING COVID-19 GRATUITO DELLA  
POPOLAZIONE SCOLASTICA**

Per permettere una ripresa delle attività didattiche in presenza ed in sicurezza, è stata programmata per **domenica 23 Gennaio 2022** in modalità DRIVE-IN, a partire **dalle ore 8:00**, in **via Martiri di Nassiriya con accesso da Via Sandro Pertini**, una giornata di screening COVID-19, rivolto agli **alunni e al personale docente e non docente dell'IC "Maestro Lorenzo Panepinto"**.

L'evento verrà realizzato dal personale sanitario volontario e curato logisticamente dal Gruppo Comunale di Protezione Civile, secondo le modalità di seguito riportate.

Si raccomanda di scaricare dal sito istituzionale del comune, il modulo di consenso informato da esibirsi debitamente compilato al momento di effettuare il tampone, unitamente alla fotocopia della carta d'identità e della tessera sanitaria del genitore e del minore che effettua il tampone.

Per maggiori informazioni è possibile contattare la Protezione Civile al numero **337-1563090** orari **9:00-12:30 e 15:30 – 19:00**.

Il Sindaco  
Francesco Cacciatore



**COMUNE DI SANTO STEFANO QUISQUINA  
UFFICIO DI PROTEZIONE CIVILE**

**MODALITA' OPERATIVE SCREENING COVID-19**

**AL FINE DI EVITARE ASSEMBRAMENTI E' IMPORTANTE ATTENERSI  
ALLE SEGUENTI FASCIE ORARIE:**

- **08:00 – 11:30: SECONDARIA DI PRIMO GRADO e PERSONALE**
- **11:30 – 15:30: PRIMARIA e PERSONALE**
- **15:30 – 19:00: INFANZIA e PERSONALE**

LE FAMIGLIE CON PIU' DI UN ALUNNO, DOVRANNO SEGUIRE LA FASCIA ORARIA DEL ALUNNO PIU' GRANDE, SECONDO IL CALENDARIO DI CUI SOPRA, FACENDO UN TURNO UNICO IN CODA. LE AUTO DOVRANNO PROCEDERE DA VIA GOETHE (INCROCIO SCUOLA MEDIA) VERSO VIA SANDRO PERTINI ED INCOLONNARSI IN FILA UNICA. SUL POSTO SARA' PRESENTE APPOSITA SEGNALETICA E VOLONTARI DELLA PROTEZIONE CIVILE COMUNALE.

Si raccomanda di scaricare dal sito istituzionale del comune, il modulo di consenso informato e questionario covid-19 da esibirsi debitamente compilato al momento di effettuare il tampone, unitamente alla fotocopia della carta d'identità e della tessera sanitaria del genitore e del minore che effettua il tampone.

Per maggiori informazioni è possibile contattare la Protezione Civile al numero **337-1563090** orari **9:00-12:30 e 15:30 – 19:00**.

**MODULO DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI MINORE ALL'ESECUZIONE GRATUITA DEL TAMPONE RAPIDO NASO/FARINGEO PER RICERCA VIRUS COVID-19**

Io sottoscritto (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

domicilio \_\_\_\_\_

**IN QUALITÀ DI GENITORE, TUTORE, SOGGETTO AFFIDATARIO DEL MINORE:**

(Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

malattie croniche \_\_\_\_\_

medico di base del minore \_\_\_\_\_

**ACCONSENTO ALLA SUA PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITÀ DI TRACCIAMENTO DEL CONTAGIO DA SARS-COV2 AVVIATA DAL COMUNE DI SANTO STEFANO QUSQUINA ED EFFETTUATA MEDIANTE ESECUZIONE DEL TAMPONE RAPIDO, IN MIA PRESENZA.**

In merito alla predetta adesione volontaria all'indagine con tampone naso-faringeo antigenico rapido, dichiaro:

- di essere stato/a informato/a che nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi volte ad individuare la presenza di antigeni o anticorpi per il virus SARS-CoV-2 e che i relativi risultati sono soggetti a particolari misure di tutela dell'riservatezza;
- di essere stato/a informato/a che il tampone antigenico rapido ha lo scopo di intercettare anche i pazienti asintomatici aumentando gli standard di sicurezza vigenti in questo momento di emergenza;
- di essere a conoscenza dell'uso e significato del tampone antigenico e del tasso di incertezza inevitabilmente legato all'utilizzo della metodica e che, in caso di positività, per accertare se è in atto infezione da SARS-CoV-2, dovrò effettuare sul minore tampone naso-faringeo molecolare per la ricerca del virus secondo le modalità che mi saranno indicate, osservando fino all'esito del tampone molecolare il necessario isolamento fiduciario;
- di essere stato/a informato/a che i risultati del test antigenico saranno comunicati entro le 24 ore successive al **prelievo solo in caso di positività** della quale mi impegno ad informare il medico di Medicina Generale, mentre **in caso di negatività non è previsto il rilascio di nessuna comunicazione, refertazione/attestazione;**
- di essere stato informato del divieto di partecipazione all'attività di screening per chi è sottoposto a vincolo di quarantena fiduciaria;
- Solleva, pertanto, il personale sanitario da qualsiasi responsabilità connessa e/o derivante dall'esecuzione del tampone naso- faringeo antigenico;
- Si autorizza al trattamento dei dati personali ivi indicati nel rispetto delle normative vigenti.

Santo Stefano Quisquina \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore/affidatario  
\_\_\_\_\_

## Questionario Covid-19

<b>Sezione 1 – Dati dell'intervistatore (a cura del personale sanitario)</b>	
Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Laboratorista _____
Data dell'intervista:	Luogo:
<b>Sezione 2 – Dati del soggetto esaminato (a cura del paziente)</b>	
Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	Sesso:
Data di Nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo:
Comune di domicilio:	Indirizzo:
ASP di residenza:	
Telefono fisso:	Telefono cellulare:
Email:	
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	<input type="checkbox"/> Contact Tracing <input type="checkbox"/> Screening Altro _____
<b>Sezione 3 – Tipo di esame (a cura del personale sanitario)</b>	
Test sierologico tipologia A	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data _____
Test sierologico tipologia B	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data _____
Test sierologico rapido	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, Tipologia D)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, Tipologia E)	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Altro test, specificare _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data _____
<b>Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale (a cura del personale sanitario)</b>	
Asintomatico <input type="checkbox"/>	
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	(indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico) Data inizio sintomi _____
Sintomatico	
<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 _____	