



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo  
**Beato Don Pino Puglisi**  
ad indirizzo musicale



Corso San Marco n° 59 - 90030 Villafrati (PA) - Distretto 12/50 - Codice Fiscale 97168730824

☎ 0916172589 - [www.icvillafratimezzojuso.edu.it](http://www.icvillafratimezzojuso.edu.it) - [paic817007@istruzione.it](mailto:paic817007@istruzione.it) - [paic817007@pec.istruzione.it](mailto:paic817007@pec.istruzione.it)

Circolare n. 192

Villafrati 16/03/2021

Al DSGA  
Ai genitori degli alunni delle classi  
I A, II A, III B, V B Scuola Primaria  
Ai genitori degli alunni della classe  
I A Scuola sec. I grado  
Ai genitori degli alunni di tutte le classi  
Ai docenti di tutte le classi  
Plessi "Buccola" e "Galilei" di Mezzojuso  
Al sito web della scuola

**OGGETTO: CONTACT TRACING MEZZOJUSO– 22 marzo 2021.**

Con la presente, si informano le famiglie degli alunni e i docenti che, su richiesta di questa scuola e di concerto con il Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Misilmeri, è stata organizzata un'attività di contact tracing rivolta all'intera popolazione scolastica di Mezzojuso.

Tale operazione viene in risposta alla speciale azione di sorveglianza sanitaria che si è resa necessaria in seguito ad alcuni casi di positività al covid 19.

Di conseguenza, gli alunni e i docenti già destinatari di provvedimenti di isolamento dovranno presentarsi giorno 22 marzo dalle ore 10:00 presso piazza Bellone per eseguire il tampone rapido su card. Nella stessa data verrà effettuata l'attività di contact tracing per la classe I A primaria, a rettifica di quanto precedentemente comunicato.

Lo stesso screening è fortemente consigliato a tutti gli alunni e al personale della scuola primaria e secondaria di Mezzojuso, in modo da permettere un sereno ritorno all'attività in presenza.

Si allegano i moduli da compilare nelle parti interessate.

Il Dirigente Scolastico  
ELISA INGLIMA



Distretto Sanitario N° 37 di Termini Imerese

U.S.C.A. Scolastica Palermo Est

**Modulo di Consenso informato per Test rapido su card (tampone di tipo E) per la ricerca dell'antigene SARS- Cov-2** Il SARS-CoV-2 (Coronavirus 2 della SARS) è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease- 2019). **Caratteristiche del Test**

1. Il test "COVID-19 Ag Rapid Test Device " è un test rapido diagnostico *in vitro* per la ricerca qualitativa dell'antigene SARS CoV 2 (Ag) in campioni umani da tampone rinofaringeo provenienti da individui che soddisfano criteri clinici e/o epidemiologici COVID 19. Il dispositivo PanbioTM COVID-19 Ag Rapid Test Device è solo per uso professionale ed è destinato ad essere utilizzato come ausilio nella diagnosi dell'infezione da SARSCoV2
2. Il test fornisce risultati preliminari. I risultati negativi non precludono l'infezione da SARS-CoV-2 e non possono essere utilizzati come unica base per il trattamento o per altre decisioni di gestione. I risultati negativi devono essere combinati con le osservazioni cliniche, l'anamnesi del paziente e le informazioni epidemiologiche.
3. Test per le indagini rapide, eseguite su card che prevedono un prelievo rinofaringeo mediante tampone, 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, 4. Il Test rapido NON SOSTITUISCE la ricerca dell'RNA virale con tecnica molecolare (da tampone rino faringeo) che, per il momento, è l'unico definitivamente diagnostico, come da Circolare Ministeriale n. 0016106 del 09/05/2020 e successive modifiche, che specifica che il test è utile nella valutazione epidemiologica della circolazione del virus.

#### Come si esegue

Il Test viene eseguito con effettuazione di tampone rino-faringeo, effettuato come da norme vigenti e consente la ricerca qualitativa di antigeni specifici per SARS CoV-2, **Possibili risultati del Test** 1. Risultato NEGATIVO o NON REATTIVO di antigeni specifici per SARS CoV-2,

2. Risultato POSITIVO o REATTIVO di antigeni specifici per SARS CoV-2, 3. Risultato DUBBIO possibile interferenza di antigeni specifici per SARS CoV-2 I risultati dubbi o positivi andranno comunque confermati dal tampone rino-faringeo, per l'esecuzione del test diagnostico in molecolare RT-PCR. In caso di risultato POSITIVO, il paziente dovrà sottoporsi autonomamente alla misura dell'isolamento domiciliare fiduciario e sottoporsi quanto prima al tampone rino-faringeo per la ricerca dell'RNA virale.

#### Espressione e acquisizione del consenso informato:

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ avendo ricevuto e compreso le informazioni relative all'esecuzione dell'esame **Test rapido su card tamponi di tipo E per la ricerca dell'antigene SARS- Cov-2**, dall'incaricato/a all'esecuzione del test sierologico ed esaurienti spiegazioni in merito al fatto che il medesimo ha importanti valori ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale, di aver letto e compreso l'informativa ed essendo a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'esame.

#### DICHIARA di:

**ACCONSENTIRE**  **NON ACCONSENIRE**

All'esecuzione dell'esame Coronavirus – SARS- Cov-2, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy.

#### Dati dell'utente obbligatori tutti i campi per poter effettuare il test.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ In Via \_\_\_\_\_

Numero di cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma dell'utente \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Dirigente Medico che ha raccolto il consenso:



Distretto Sanitario N° 37 di Termini Imerese

U.S.C.A. Scolastica Palermo Est

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 –

90141 PALERMO C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

REFERTO.

TEST ANTIGENICO RAPIDO, ABBOTT PANBIO COVID-19 Ag (Tampone rinofaringeo)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

ESITO	
POSITIVO	[ ]
NEGATIVO	[ ]
INVALIDO	[ ]

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Sanitario