



**ISTITUTO
AGRARIO
DOMENICO
SARTOR**

**ISTITUTO TECNICO
IN AGRARIA,
AGROALIMENTARE
E AGROINDUSTRIA**

**ISTITUTO PROFESSIONALE
IN AGRICOLTURA,
SVILUPPO RURALE,
VALORIZZAZIONE DEI
PRODOTTI DEL TERRITORIO
E GESTIONE DELLE RISORSE
FORESTALI E MONTANE**

**ISTRUZIONE E FORMAZIONE
PROFESSIONALE
PER OPERATORE AGRICOLO**

Sede Centrale
Via Postioma di Salvarosa, 28
31033, Castelfranco Veneto (tv)
tel 0423 490615 - fax 0423 721103
posta@istitutoagrariosartor.edu.it
posta@pec.istitutoagrariosartor.it
MIUR tvs018005@istruzione.it
MIUR tvs018005@pec.istruzione.it

Sezione Associata
Via San Gaetano, 156
31044, Montebelluna (tv)
tel 0423 22283 - fax 0423 602276
montebelluna@istitutoagrariosartor.edu.it

istitutoagrariosartor.edu.it



I.S.I.S.S. "DOMENICO SARTOR"
Prot. 0005347 del 06/10/2020
08-08.01 (Entrata)

**Agli tutti gli allievi
A tutti i genitori
Corso tecnico, professionale e iEFP**

A tutti i docenti

sedi di CASTELFRANCO V.TO

e MONTEBELLUNA

Com. n. 37

Oggetto: comunicato disposizioni regionali tamponi rapidi - acquisizione consenso preventivo

Come da linee di Indirizzo della Regione Veneto per la gestione dei contagi di casi confermati di Covid-19 all'interno delle scuole, si rende necessaria l'acquisizione da parte dell'Istituto del consenso informato preventivo per l'effettuazione di test di screening per SARS-Covid-2 a scuola.

In allegato viene fornito il documento che va firmato dai genitori e consegnato a scuola **entro il giorno 07/ottobre/2020 al docente della prima ora.**

Inoltre si allegano le flow-chart per le famiglie e le scuole pubblicate della Regione del Veneto.

Dott.ssa Antonella Alban

Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ai sensi dell'art.3, comma 2, d.lgs
n.39/1993

**FORMAT CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO
PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2 A SCUOLA**

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ e residente a _____

in via _____

genitore (o tutore legale) di _____

nato il _____ a _____

acconsente in via preventiva che il personale sanitario dell'Azienda ULSS sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone rino-faringeo presso la struttura scolastica/servizio per l'infanzia frequentato.

Il presente test verrà effettuato, su valutazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS, quando, a seguito della segnalazione di un caso che ha frequentato la struttura scolastico/servizio per l'infanzia, sia ravvista la necessità di attivare uno screening per evidenziare l'eventuale presenza di ulteriori casi.

Luogo e data, _____

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto _____ come sopra individuato ed identificato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.

Luogo e data, _____

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____



TENIAMO COVID-19 A CASA!

COSA FARE IN CASO DI SOSPETTO DI COVID-19

SINTOMI COVID-19

ALMENO UNO TRA

- SINTOMI RESPIRATORI ACUTI COME TOSSE E RINITE CON DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA
- VOMITO (EPISODI RIPETUTI ACCOMPAGNATI DA MALESSERE)
- DIARREA (TRE O PIÙ SCARICHE CON FECI SEMILIQUIDE O LIQUIDE)
- PERDITA DEL GUSTO*
- PERDITA DELL'OLFATTO*
- MAL DI TESTA INTENSO
- FEBBRE SUPERIORE A 37.5 °C (ANCHE IN ASSENZA DI ALTRI SINTOMI)

* IN ASSENZA DI RAFFREDDORE



NON ANDARE A SCUOLA!

IN CASO DI FEBBRE O SINTOMI COVID-19, NON ANDARE A SCUOLA E CONTATTARE IL PEDIATRA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE CHE VALUTERÀ SE EFFETTUARE UN TAMPONE PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

PER LE FAMIGLIE



NON PRECLUDONO LA FREQUENZA SCOLASTICA

- RAFFREDDORE, NON ACCOMPAGNATO DA FEBBRE E/O ALTRI SINTOMI
- ALTRI SINTOMI COME MAL DI TESTA LIEVE, DOLORI MESTRUALI, ECC.

NB: SE LA FEBBRE O I SINTOMI DOVESSERO PRESENTARSI A SCUOLA, L'ALUNNO SARÀ POSTO IN ISOLAMENTO IN UNA STANZA DEDICATA E SARANNO AVVISATI I GENITORI PER ESSERE RIPORTATO A CASA. SARÀ NECESSARIO CONTATTARE IL MEDICO CURANTE



DAI SINTOMI AL RIENTRO A SCUOLA!

COSA FARE IN CASO DI SOSPETTO DI COVID-19

PER LE FAMIGLIE



ALUNNO CON SINTOMI



RAFFREDDORE (NON ACCOMPAGNATO DA FEBBRE E/O ALTRI SINTOMI) **O ALTRI SINTOMI** (MAL DI TESTA LIEVE, DOLORI MESTRUALI, ECC.)

SINTOMI COMPATIBILI CON COVID-19



NB: RICORRERE SEMPRE OVE NECESSARIO ALLA VALUTAZIONE CLINICA DEL MEDICO CURANTE PER IL PERCORSO DI DIAGNOSI E CURA.

FEBBRE >37.5, SINTOMI RESPIRATORI ACUTI COME TOSSE E RINITE CON DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA, VOMITO (EPISODI RIPETUTI ACCOMPAGNATI DA MALESSERE), DIARREA (TRE O PIÙ SCARICHE CON FECI SEMILIQUIDE O LIQUIDE), PERDITA DEL GUSTO E/O PERDITA DELL'OLFATTO (IN ASSENZA DI RAFFREDDORE), MAL DI TESTA INTENSO.

MEDICO CURANTE

NON SOSPETTO COVID-19

SOSPETTO COVID-19



TEST NEGATIVO

TEST POSITIVO

IN CASO DI ASSENZA:
NORMALE GIUSTIFICAZIONE DI ASSENZA DA SCUOLA (NON È PREVISTA ALCUNA CERTIFICAZIONE SANITARIA)

NORMALE GIUSTIFICAZIONE DI ASSENZA DA SCUOLA (NON È PREVISTA ALCUNA CERTIFICAZIONE SANITARIA)

ATTESTAZIONE DEL MEDICO **OPPURE** REFERTO DI ESITO NEGATIVO DEL TEST

CERTIFICATO DI GUARIGIONE DEL SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA



Percorso dai sintomi al rientro a scuola

ALUNNO o OPERATORE CON SINTOMI

Sintomi compatibili con COVID-19

febbre >37.5, sintomi respiratori acuti come tosse e rinite con difficoltà respiratoria, vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere), diarrea (tre o più scariche con feci semiliquide o liquide), perdita del gusto (in assenza di raffreddore), perdita dell'olfatto (in assenza di raffreddore), mal di testa intenso.

RAFFREDDORE (non accompagnato da febbre e/o altri sintomi)

o ALTRI SINTOMI (mal di testa lieve, dolori mestruali, ecc.)

NB: RICORRERE SEMPRE OVE NECESSARIO alla valutazione clinica del medico curante per il percorso di diagnosi e cura

MEDICO CURANTE

Sospetto COVID-19

NON Sospetto COVID-19

TAMPONE

Test Negativo

Test Positivo

Attestazione del medico *oppure* Referto di esito negativo del test

Certificato di guarigione del Servizio di Igiene Pubblica

Normale giustificazione di assenza da scuola
(NON è prevista alcuna certificazione sanitaria)

IN CASO DI ASSENZA:
Normale giustificazione di assenza da scuola
(NON è prevista alcuna certificazione sanitaria)

Percorso gestione contatti di alunno positivo nella Scuola primaria dal 2° al 5° anno e secondaria di 1° e 2° grado

