

Vigevano, 04/01/2022

Gentilissimi,

Croce Rossa Italiana - Comitato di Vigevano - ODV, da sempre impegnata nella prevenzione e tutela della salute dei cittadini, ha accolto la richiesta da parte del Sindaco di Cassolnovo Luigi Parolo congiuntamente alla Dirigente Scolastica dell'IC Statale "Carlo del Prete" Laura Di Rosa per effettuare **test antigenici rapidi a favore di:**

- **studenti della Scuola primaria di Cassolnovo** (accompagnati da almeno un genitore)
- **docenti e personale ATA delle Scuole infanzia, primaria e secondaria di Cassolnovo**

Il test antigenico rapido è finalizzato ad individuare la presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato tramite un tampone oro/naso-faringeo, un tampone ovattato che consente di prelevare un piccolo quantitativo del muco normalmente secreto nelle prime vie respiratorie. Il tampone è formato da un sottile bastoncino con un'estremità ovattata che, per il prelievo del materiale biologico necessario al test, deve essere inserito in profondità in bocca e/o nelle narici. L'esito del test antigenico rapido è disponibile dopo circa 15 minuti dall'effettuazione del tampone. In caso di esito positivo, l'utente potrà essere contestualmente sottoposto a successivo tampone molecolare processato dal laboratorio analisi dell'Ospedale di Vigevano – ASST Pavia.

Il test antigenico gratuito è un'occasione per aiutare a mantenere attiva la didattica in presenza, fulcro fondamentale per l'apprendimento e la socialità degli studenti, e per tutelare anche i famigliari degli studenti.

Augurandoci una piena partecipazione e rimanendo a disposizione per ulteriori chiarimenti, alleghiamo nelle seguenti pagine breve informativa e **modulo di consenso da portare compilato durante la giornata di esecuzione dei test.**

Cordiali saluti

CRI Vigevano
tamponi@crivigevano.it

Privacy: <https://www.crivigevano.it/wp-content/uploads/2019/10/5-INFORMATIVA-TRATTAMENTO-DEI-DATI-PER-CLIENTI-UTENTI.pdf>

www.cri.it

**Un'Italia
che aiuta**

Associazione della Croce Rossa Italiana – Organizzazione di Volontariato
Comitato di Vigevano
Sede legale: Corso Cavour n. 46 - 27029 Vigevano (PV)
C.F. e P.IVA 02524820186
Tel: 0381-75798 / 77733 Fax: 0381-690190
Mail: vigevano@cri.it
PEC: cl.vigevano@cert.cri.it



[ALLEGATO: informativa e modulo consenso]

In caso di utente minore il modulo deve essere compilato da chi ne ha rappresentanza legale



**CONSENSO INFORMATO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST ANTIGENICO (TAMPONE NASOFARINGEO)
PER LA SORVEGLIANZA COVID-19 - AG-RDTS**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ 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 AD EFFETTUAZIONE DEL TEST

- ✓ 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;
- ✓ in riferimento alle disposizioni regionali in vigore, il risultato del test può comportare l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale (test molecolare) mediante effettuazione di ulteriore tampone nasofaringeo (o all'esecuzione di un test antigenico rapido di ultima generazione)
- ✓ in base all'interpretazione del risultato del test, alla presenza di sintomi e a eventuali esposizioni/contatti, il personale sanitario che esegue il test fornirà informazioni sulle disposizioni riguardo all'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto e dei contatti stretti.
- ✓ In caso di esito dubbio del test è necessario effettuare tampone molecolare (o test antigenico rapido ultima generazione)

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 previste dalla normativa regionale vigente

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 _____

ORA ACCETTAZIONE TEST: _____

Sono necessari **15 minuti** per la lettura dell'esito.
Non leggere il test oltre 20 minuti!

**Croce Rossa Italiana
Comitato di Vigevano**



ATTESTAZIONE ESITO TEST ANTIGENICO RAPIDO PER SARS CoV-2

se disponibile, allegare stampa esito o fotografia esito test

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	_____

APPUNTAMENTO PER EFFETTUAZIONE TAMPONE MOLECOLARE

Luogo esecuzione test molecolare: _____

Data prenotazione per effettuazione test molecolare: _____

Associazione della Croce Rossa Italiana – Organizzazione di Volontariato
Comitato di Vigevano
Sede legale: Corso Cavour n. 46 - 27029 Vigevano (PV)
C.F. e P.IVA 02524820186
Tel: 0381-75798 / 77733 Fax: 0381-690190
Mail: vigevano@cri.it
PEC: cl.vigevano@cert.cri.it

www.cri.it

**Un'Italia
che aiuta**