

CONTENIMENTO RISCHIO CONTAGIO DA SARS-COV-2
VADEMECUM OPERATIVO INFERMIERE SCOLASTICO

Redazione del 01.02.2021

L'infermiere in servizio presso il plesso scolastico, qualora uno studente/operatore scolastico presenti l'insorgenza di almeno uno dei seguenti sintomi da **infezione respiratoria acuta**:

- **Febbre (>37,5 °C)**
- **Tosse**
- **Sintomatologia simil-influenzale (cefalea, rinorrea, faringodinia)**

dovrà adottare la seguente procedura:

- 1) Isolare il soggetto con sintomatologia sospetta COVID-19 in un ambiente chiuso, con adeguata ventilazione naturale, munito di mascherina chirurgica;
- 2) Contattare i familiari in caso di minore, informandoli della situazione ed attuando una breve intervista telefonica, finalizzata ad accertare contatti stretti con casi probabili o confermati di infezione da COVID-19. In caso si tratti di operatori scolastici l'intervista sarà effettuata direttamente al paziente, con la compilazione della scheda triage (all. 1);
- 3) Telefonare al Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale, fornendo informazioni sul quadro clinico, per la presa in carico domiciliare del paziente;
- 4) Informare il Dipartimento di Prevenzione, ai numeri dedicati sottoelencati dell'U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica, per la valutazione sulla necessità di eseguire tampone diagnostico;
- 5) Acquisire consenso informato scritto all'esecuzione del tampone nasofaringeo da parte del paziente (all. 2) o, se minore, da uno dei genitori o dall'esercente la potestà genitoriale (all. 3);
- 6) Previo assenso telefonico dell'Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione, eseguire tampone antigenico, tutelandosi con i dispositivi di protezione individuale previsti;
- 7) In caso di esito positivo al tampone antigenico, attivare il Dipartimento di Prevenzione per i provvedimenti conseguenziali, individuando nell'ambito della classe i contatti stretti, secondo la definizione del Ministero della Salute (all. 4), da sottoporre a tampone diagnostico ;
- 8) A prescindere dall'esito del tampone, assicurare un rapido allontanamento dall'ambiente scolastico del paziente, in condizioni di sicurezza.

Il Covid Manager
Dr. Federico Bonacci

Recapiti telefonici U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica

Area Catanzaro pec uoispcz@pec.asp.cz.it

Dr. Adriana Palmieri: 3299195644; Dr. Vincenzo De Giorgio: 3202709111

Area Lamezia Terme pec uoisplt@pec.asp.cz.it

Dr. Maria Montesanti: 3207741542; Dr. Gilda Antonietta Longo: 3207723188

Area Soverato pec uoispsov@pec.asp.cz.it

Dr. Domenico De Fazio: 3204383229

CONSENSO INFORMATO e INFORMATIVA PRIVACY TAMPONE NASO FARINGEO SARS CoV 2

Gentile Signora/Signore,

il test molecolare cui ha scelto di sottoporsi ha l'obiettivo di individuare con tecnica molecolare (da tampone naso-faringeo) la presenza di RNA del virus SARS-CoV-2, responsabile della malattia COVID-19.

Il tampone naso-faringeo è un esame diagnostico complesso, finalizzato a individuare la presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato nel naso-faringe.

La positività identifica un soggetto in fase di infezione attiva e che probabilmente è in grado di trasmettere l'infezione. Pertanto in caso di positività il paziente verrà sottoposto dal Dipartimento di Prevenzione ad isolamento domiciliare obbligatorio e verrà imposta la domiciliazione fiduciaria o quarantena anche ai conviventi ed ai contatti stretti.

Dovrà inoltre rispettare le regole indicate dal Ministero della Salute e dalla Presidenza della Regione Calabria per un'efficace prevenzione della diffusione del coronavirus.

Il risultato dell'esame sarà comunicato a Lei ed al Medico curante.

In caso di esito positivo, informativa sarà inviata anche all'Istituto scolastico per l'adozione degli adempimenti di competenza.

Trattamento dei dati personali

Le informazioni acquisite completando il modulo di Consenso Informato allegato, nonché derivanti dall'esecuzione del test, costituiscono dati personali ai sensi del Regolamento (UE) generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 ("GDPR") del D. Lgs. 196/2003 ("Codice Privacy").

Il trattamento dei dati personali avverrà da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali ed è improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e protezione dei dati. E' inoltre esclusa qualsiasi diffusione dei Suoi dati.

Con riferimento ai dati personali derivanti dall'esecuzione del test, si evidenzia che gli stessi appartengono alle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9 del GDPR, e, nello specifico, costituiscono dati di natura biometrica e genetica, in grado di fornire indicazioni sullo stato di salute della persona fisica che si sottopone al test.

Il conferimento dei dati personali è necessario per l'esecuzione del test, pertanto, qualora gli stessi non siano rilasciati, non sarà possibile procedere con la prestazione richiesta.

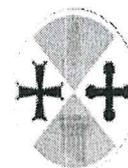
In qualsiasi momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti di accesso ai dati, integrazione, rettifica, conoscenza del loro ambito di circolazione.



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO

U.O.S.D. Rischio Clinico



REGIONE CALABRIA

Recapiti telefonici U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica

Area Catanzaro pec uoispcz@pec.asp.cz.it

Dr. Adriana Palmieri: 3299195644; Dr. Vincenzo De Giorgio: 3202709111

Area Lamezia Terme pec uoisplt@pec.asp.cz.it

Dr. Maria Montesanti: 3207741542; Dr. Gilda Antonietta Longo: 3207723188

Area Soverato pec uoispsov@pec.asp.cz.it

Dr. Domenico De Fazio: 3204383229

CONTENIMENTO RISCHIO CONTAGIO COVID-19
SCHEDA TRIAGE DI ACCESSO ALLA STRUTTURA SANITARIA

OPERATORE addetto check-point (Cognome e Nome): _____ Data _____

DATI UTENTE

Cognome	Nome
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune di residenza	via
Tel.	Numero conviventi

TEMPERATURA Corporea Ricontrata _____ Sanificazione delle mani: SI NO

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Soggiorno in Paese/Località a rischio NO SI Località _____ Data di Partenza _____

Ha avuto in precedenza _____

Ha avuto negli ultimi 14 giorni:

A. Esposizione a casi accertati di infezione da coronavirus (COVID-19) SI NO

B. Contatti con familiari di casi accertati o persone sottoposte a quarantena SI NO

C. Contatti con persone rientrate da Paese/località a rischio SI NO

➤ Ha effettuato test sierologici per COVID-19 NO SI esito _____ data _____
 SI esito _____ data _____

Ha effettuato tampone oro-rinofaringeo per COVID-19 NO SI
Esito tampone oro-rinofaringeo per COVID-19 Positivo Negativo data _____
 Positivo Negativo data _____
 Positivo Negativo data _____

E' stato sottoposto a misura di quarantena NO SI dal _____ al _____

Presenta attualmente anche solo uno dei seguenti sintomi? Nessuno
 febbre, tosse secca respiro affannoso, difficoltà respiratorie dolori muscolari diffusi, mal di testa
 raffreddore (naso chiuso e/o che cola) mal di gola congiuntivite diarrea
 perdita del senso del gusto (ageusia) perdita del senso dell'olfatto (anosmia)

Note: _____

E' stato sottoposto a vaccinazione Anti SARS-CoV2 NO SI Tipo vaccino _____

Prima dose _data_____ Reazione? NO SI _____

Seconda dose _data_____ Reazione? NO SI _____

Dichiaro di essere consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

Data _____ Firma _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 - D.Lgs. 101/2018, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data _____ Firma _____

CONSENSO INFORMATO TAMPONE NASO FARINGEO SARS CoV 2 (adulti)

Il sottoscritto/a

nato/a a il

residente a in via

CF..... Sesso M F

cell..... e mail.....

ACCONSENTE

all'esecuzione del tampone nasofaringeo per la ricerca dell'RNA di SARS-CoV2

DICHIARA

- di aver letto e compreso il significato del tampone naso-faringeo per rilevare la presenza del virus SARS-CoV-2 nel materiale biologico prelevato nel naso-faringe e del protocollo a cui sarà necessario sottoporsi in caso di risultato positivo;
- di aver letto e compreso il foglio informativo e il presente modulo di consenso informato, nonché l'informativa relativa al trattamento dei dati personali;
- di sottoporsi volontariamente all'esecuzione del test naso-faringeo.

Istituto scolastico.....

Luogo..... Data.....

Firma

N.B. allegare copia di documento d'identità del dichiarante