



I.C. N. 12 BATTISTI - FOSCOLO
C.F. 97093240832 C.M. MEIC88200L
SEGR - ISTITUTO COMPRENSIVO BATTISTI FOSCOLO
Prot. 0001808/U del 27/11/2020 09:35:45



Istituto Comprensivo n° 12 "C. Battisti – U. Foscolo"
Via A. Manzoni n. 66, 98121 MESSINA – Tel/Fax: 09048120 – C.F. 97093240832 E-mail: MEIC88200L@ISTRUZIONE.IT – PEC:
MEIC88200L@PEC.ISTRUZIONE.IT
Codice Univoco:UFC0WF
Scuola dell'infanzia e Scuola primaria "C. Battisti"
Scuola secondaria di I grado ad indirizzo musicale

Circolare n. 38

Messina, 27 Novembre 2020

Agli Alunni e alle loro Famiglie

Al Personale docente e ATA

OGGETTO: avviso campagna screening di rilevazione qualitativa di antigeni specifici per Sars-CoV2 per tutta la popolazione studentesca di istituto

- Vista la richiesta effettuata dall' istituto capofila di rete di ambito 13 – città di Messina, inoltrata all'ASP con prot.n. 6347-02-10 del 25.11.2020, a nome e per conto degli istituti scolastici aderenti, avente per oggetto "richiesta campagna di monitoraggio regionale di rilevazione qualitativa di antigeni specifici per Sars-CoV2"
- Preso atto della risposta ASP pervenuta il 25.11.2020 ed assunta a prot. n. 6348-04

si comunica che sarà effettuata una **rilevazione, a cura dell'USCA territoriale, rivolta a tutti gli alunni, a tutto il personale scolastico docente e non docente oltre che anche ai familiari della popolazione studentesca.**

Per i destinatari in indirizzo la rilevazione è subordinata all'**adesione volontaria**, che potrà essere espressa compilando l'apposito **modulo Google** il cui link è allegato alla presente, **entro e non oltre lunedì 30 novembre 2020**

Link di adesione volontaria	https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfZ28mJTW8FhD5JB76jrHTcyw1OogEpa_70yKW25wThoMKyyQ/viewform?usp=pp_url
-----------------------------	---

Nel modulo Google (un modulo per ciascun richiedente, anche se appartenente allo stesso nucleo familiare), dovranno essere chiaramente indicati i seguenti dati espressamente richiesti dal personale medico USCA autorizzato all'effettuazione dei tamponi "rapidi":

- Cognome e Nome
- Data di nascita
- Luogo Nascita
- Codice Fiscale
- Domicilio
- Telefono
- Email

Successivamente all'invio delle adesioni volontarie all'USCA territoriale, verranno da questa comunicate all'ufficio scrivente le modalità ed i tempi di erogazione del servizio.

Sarà pertanto cura di quest'istituzione comunicare con prossima circolare alla popolazione studentesca la/le data/e in cui, negli spazi appositamente individuati, sarà possibile effettuare il prelievo che, si ricorda, avverrà in modalità drive-in.

Per facilitare le operazioni tutti gli interessati sono invitati a presentarsi direttamente con l'allegato questionario debitamente compilato per le parti di interesse.

Si allega il questionario

Consapevoli dell'importanza del servizio, si invita la popolazione scolastica ad esprimere entro i tempi previsti la propria adesione, confidando in una partecipazione massiva.



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa D'Amico Maria Concetta
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti dell' art. 3 c.2 D.lgs 39/9

QUESTIONARIO Covid

rev. 22.10.2020_sf

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