

REGISTRO COVID

Elaborato ai sensi del:

- ✓ DPCM 7/8/2020 e relativo allegato n. 12 (Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro fra il Governo e le parti sociali);²
 - ✓ Protocollo d'intesa per garantire l'avvio dell'anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID-19, Ministero dell'Istruzione (MI), 6/8/2020;³
 - ✓ Documento di indirizzo e orientamento per la ripresa delle attività in presenza dei servizi educativi e della scuola dell'infanzia, MI, 3/8/2020;⁴
 - ✓ Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive nel settore scolastico, Comitato Tecnico Scientifico (CTS) del Ministero della Salute (MS), allegato al verbale n. 82 del 28/5/2020, e successive precisazioni ed integrazioni (verbale n. 90 del 23/6/2020, verbale n. 94 del 7/7/2020 e verbale n. 100 del 10/8/2020).
 - ✓ Rapporto IISS Covid – 19 n.58/2020 – Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di Sars – Cov – 2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia.
 - ✓ Verbale CTS n.104 Misure di Prevenzione e raccomandazione per avvio anno scolastico;
 - ✓ Circolare n.13 Ministero della salute – lavoratori fragili.
- ✓ Del Protocollo di Regolamentazione per il Contrasto e il Contenimento della diffusione del virus Sars – COV – 2 pubblicato dal questo istituto in data 15.9.2020 munito di protocollo

N°: _____ DATA PROTOCOLLO : 6 ottobre 2020

Firma e Timbro Datore di Lavoro : Dr. Giuseppe Giovanni Carta

REGISTRO COVID

PLESSO _____ referente COVID _____

1	NOME	COGNOME	classe	ORA	CIRCOSTANZA	condizione di salute	è stato contattato	azione eseguita	è stato prelevato	ora di uscita	firma
data: _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> all'ingresso <input type="checkbox"/> a lezione	<input type="checkbox"/> nessun sintomo <input type="checkbox"/> Temperatura = > 37,5 <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> difficoltà resp. <input type="checkbox"/> cefalea <input type="checkbox"/> dolori <input type="checkbox"/> mal di gola <input type="checkbox"/> bruciore occhi	<input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> delegato nome - cognome _____ Tel. n. _____	<input type="checkbox"/> ne è stato impedito l'ingresso. <input type="checkbox"/> aula COVID <input type="checkbox"/> rimasto fuori sotto vigilanza	nome - cognome _____ rapporto di parentela _____	_____	_____
2	NOME	COGNOME	classe	ORA	CIRCOSTANZA	condizione di salute	è stato contattato	azione eseguita	è stato prelevato	ora di uscita	firma
data: _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> all'ingresso <input type="checkbox"/> a lezione	<input type="checkbox"/> nessun sintomo <input type="checkbox"/> Temperatura = > 37,5 <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> difficoltà resp. <input type="checkbox"/> cefalea <input type="checkbox"/> dolori <input type="checkbox"/> mal di gola <input type="checkbox"/> bruciore occhi	<input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> delegato nome - cognome _____ Tel. n. _____	<input type="checkbox"/> ne è stato impedito l'ingresso. <input type="checkbox"/> aula COVID <input type="checkbox"/> rimasto fuori sotto vigilanza	nome - cognome _____ rapporto di parentela _____	_____	_____

RILEVAZIONE RAPPORTO ASSENZE PER CLASSE > 40%

1	classe	ORA	Sono stati contattati per una verifica informale	azione eseguita
data: _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <i>genitore</i> <input type="checkbox"/> <i>tutore</i> <input type="checkbox"/> <i>nome - cognome</i> _____ <i>Tel. n.</i> _____	<input type="checkbox"/> <i>Informato Dirigente</i> <input type="checkbox"/> <i>Informato Dipartimento di Prevenzione</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i>
2	classe	ORA	è stato contattato	azione eseguita
data: _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <i>genitore</i> <input type="checkbox"/> <i>tutore</i> <i>nome - cognome</i> _____ <i>Tel. n.</i> _____	<input type="checkbox"/> <i>Informato Dirigente</i> <input type="checkbox"/> <i>Informato Dipartimento di Prevenzione</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i>

RILEVAZIONE ATTIVITA' DI SUPPLENZA – SOSTITUZIONE – EDUCATORE ESTERNO IN CLASSE

1	NOME (docente)	COGNOME (docente)	classe	ORA ingresso	CIRCOSTANZA	ora di uscita	firma
data: _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <i>supplenza</i> <input type="checkbox"/> <i>sostituzione</i> <input type="checkbox"/> <i>educatore esterno</i>	_____	_____
2	NOME	COGNOME	classe	ORA ingresso	CIRCOSTANZA	ora di uscita	firma
data: _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <i>supplenza</i> <input type="checkbox"/> <i>sostituzione</i> <input type="checkbox"/> <i>educatore esterno</i>	_____	_____

TABELLA CONTATTI STRETTI

CASO INDICE COVID - 19	
COGNOME E NOME	
DATA INIZIO SINTOMI	
SE ASINTOMATICO DATA PRELIEVO TAMPONE	
NUMERO DI TELEFONO	

CONTATTI STRETTI														
	RECAPITI		RESIDENZA/DOMICILIO			ESPOSIZIONE			SORVEGLIANZA ATTIVA			TAMPONE		
COGNOME E NOME	N. TELEFONO	INDIRIZZO MAIL	REGIONE	CITTA'	INDIRIZZO	DATA	LUOGO	COMMENTI	DATA INIZIO	DATA FINE	SINTOMI SI/NO	NON ESEGUITO	POSITIVO	NEGATIVO