

Estratégia de rastreio no reinício das atividades presenciais na Universidade da Beira Interior em articulação com a Cruz Vermelha Portuguesa

“Programa de testagem CVP - Ensino Superior” – Universidade da Beira Interior

INFORMAÇÃO

Na sequência da retoma das atividades letivas presenciais no Ensino Superior e da recomendação às instituições científicas e de ensino superior relativa a rastreios laboratoriais para o SARS-CoV-2, a Universidade da Beira Interior aderiu ao programa de testagem articulado com a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), “Programa de testagem CVP - Ensino Superior”, conforme planeado pela Direção-Geral do Ensino Superior (DGES) e pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

Com efeito, a partir de 19 de abril de 2021, serão realizados, gratuita e voluntariamente, testes rápidos de antigénio (TRAg) para o SARS-CoV-2, em amostras do trato respiratório superior (exsudado da oro/nasofaringe), a todos os estudantes, docentes, investigadores e não docentes, aquando do início da atividade letiva presencial.

Os testes a aplicar são PANBIO™ COVID-19 Ag RAPID TEST DEVICE (nasal) da marca Abbott. Tratam-se de testes de diagnóstico rápido *in vitro* para deteção qualitativa de antígenos (Ag) SARS-CoV-2 em amostras humanas de *swab* nasofaríngeo de indivíduos. O Dispositivo Panbio™ Covid-19 Ag Rapid Test Device é destinado apenas para uso profissional, como auxílio no diagnóstico da infeção por SARS-CoV-2.

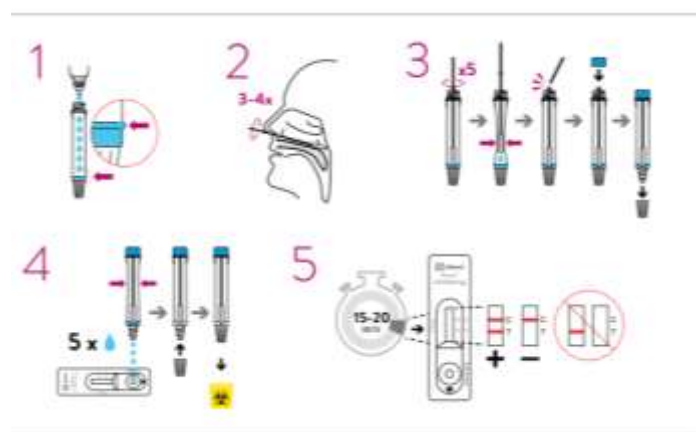
O teste fornece apenas um resultado preliminar sendo que um resultado negativo não exclui a possibilidade de infeção por SARSCoV-2 e não deve ser usado de forma exclusiva para decisões de tratamento do paciente. Resultados negativos devem ser combinados com as observações clínicas, o histórico do paciente e informações epidemiológicas.

Desempenho (Sensibilidade e especificidade *vs* PCR com uso de *swab* nasofaríngeo):

Sensibilidade: 91.4% (94.1% para amostras com valores de $C_t \leq 33$)

Especificidade: 99.8%

Procedimento:



“Programa de testagem CVP - Ensino Superior” – Universidade da Beira Interior

RECOLHA DE DADOS

Dados Pessoais

Nº de aluno/funcionário: _____

Função (*riscar o que não interessa*): Aluno / Docente / Funcionário

Nome completo: _____

Sexo (*riscar o que não interessa*): Masculino / Feminino

E-mail: _____

Telemóvel: _____

Data de nascimento (dd/mm/aaaa): ____/____/_____

Morada: _____

Código Postal (xxxx-xxx): _____ - _____

Concelho: _____

Distrito: _____

Tipo de Documento de Identificação (*assinalar o que interessa*): Autorização de Residência / Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão / Cédula Militar / Passaporte / Outro (Qual?) _____

Nº de Identificação: _____

Nº Utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS): _____

Nº Identificação da Segurança Social: _____

País: _____

Dados da Colheita (*a preencher pela UBI*)

Lote: _____

(colar aqui a etiqueta com a referência do teste)

Ref.^a do teste: _____

Validade: _____

Data da colheita: ____/____/_____

Resultado: _____

Técnico: _____

Técnico: _____

“Programa de testagem CVP - Ensino Superior” – Universidade da Beira Interior

AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo do documento.
Não hesite em solicitar mais informações ao responsável técnico pela recolha de amostra caso não esteja completamente esclarecido.
Se concordar com as informações constantes do documento estão corretas.
Se entender que as informações prestadas correspondem à verdade e se estiver de acordo com a sua participação gratuita e voluntária no Programa, por favor assine este documento.

Nome completo: _____

Nº Utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS): _____

Data de nascimento (dd/mm/aaaa): ____/____/_____

- Declaro ter compreendido os objetivos e procedimentos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde responsável pela recolha de amostra.
- Declaro que a participo voluntariamente no “Programa de testagem CVP - Ensino Superior”.
- Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas, em cumprimento com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

A presente declaração constitui título bastante para conferir autorização para o tratamento dos meus dados pessoais no processo assinalado neste documento.

A Universidade da Beira Interior garante a confidencialidade do processo e bem assim da documentação recebida e será utilizada unicamente no âmbito do Programa e dentro dos limites estritamente necessários para assegurar a sua finalidade.

Os dados pessoais cujo tratamento se autoriza pela presente declaração não poderão servir para quaisquer fins de comercialização direta ou outros de natureza comercial.

A Universidade da Beira Interior compromete-se a cumprir o disposto na Lei de Proteção de Dados Pessoais, no Regulamento Geral de Proteção de Dados, bem como na demais legislação aplicável designadamente, a não copiar, reproduzir, adaptar, modificar, alterar, apagar, destruir, difundir, transmitir, divulgar ou por qualquer outra forma colocar à disposição de terceiros os dados pessoais a que tenham tido acesso ou que lhes sejam transmitidas no âmbito deste processo, sem que para tal tenha sido expressamente autorizada, comprometendo-se a utilizá-los exclusivamente para finalidades determinantes de recolha, abstendo-se de qualquer uso ora do contexto, quer em benefício próprio, quer de terceiros.

Covilhã, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do declarante (conforme documento de identificação):

“Programa de testagem CVP - Ensino Superior” – Universidade da Beira Interior

CONSENTIMENTO INFORMADO

(Para realização, em instituição de ensino superior, de teste rápido de antigénio (TRAG), para deteção de SARS-CoV-2 a docentes/não docentes/alunos e investigadores)

Designação do Estabelecimento de Ensino: Universidade da Beira Interior

Docente **Não Docente** **Aluno**
 Investigador *(assinalar com X a opção correspondente)*

Nome completo: _____

Nº Utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS): _____

Data de nascimento (dd/mm/aaaa): ____/____/_____

Fui diagnosticada\o com COVID-19 há menos de 90 dias *[não deve realizar teste]*

Declaro que:

consinto **não consinto** *(assinalar com X a opção correspondente)* que me seja realizado teste rápido de antigénio (TRAG), para deteção de SARS-CoV-2.

Mais declaro que me foi previamente facultada toda a informação necessária, enquadramento legal e sanitário, adequados à realização do teste, bem assim a garantia de que os dados constantes da presente e os que resultem do teste efetuado serão utilizados exclusivamente pelas autoridades sanitárias, em articulação com a Direção-Geral da Saúde, a Cruz Vermelha Portuguesa e a Direção-Geral de Ensino Superior, para efeitos de sinalização de casos positivos, permanecendo os dados pessoais, próprios, salvaguardados nos termos do disposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados e na demais legislação geral e especial em vigor.

Covilhã, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do declarante *(conforme documento de identificação):*
