

اختبار الكوفيد-تسعة عشر للطالب استمارة الموافقة 2021-22

الغرض:

غرض "استمارة موافقة اختبار الطالب للكوفيد-تسعة عشر" هذه هو من أجل منح الأهل أو أولياء الأمر القانونيين الموافقة لمدارس مقاطعة فاييت العامة من أجل القيام بالاختبار للكوفيد-تسعة عشر لدى أطفالهم في المدرسة بناء على طلب الأهل أو ولي الأمر القانوني.

تصريحات الأذن:

- أنا أصرح ل وأمنح أذن الموافقة ل وحدة اختبار تمّ التعاقد معها من قبل وزارة الصحة العامة في كنتاكي من أجل منح اختبار الكوفيد-تسعة عشر لطفلي في المدرسة بناء على طلبي أنا بأن يتمّ القيام بذلك.
- أنا أتفهم بأنني عبر توقيعني على استمارة الموافقة هذه، فإنني أوافق على إخضاع طلبي لاختبار الكوفيد-تسعة عشر من قبل وحدة اختبار تمّ التعاقد معها من قبل وزارة الصحة العامة في كنتاكي من أجل منح اختبار الكوفيد-تسعة عشر بناء على طلبي وبأنه سوف يتمّ الاحتفاظ باستمارة الموافقة هذه ضمن السجلات من قبل مدارس مقاطعة فاييت العامة كي لا تتم مطالبتي بتوقيع استمارات موافقات إضافية من أجل الاختبار خلال العام الدراسي الحالي. من الممكن أن يتمّ اختبار طلبي بناء على طلبي فقط.
- أنا أصرح وأمنح أذن الموافقة لوحدة الاختبار من أجل عقد نشاطات جمع العينة والاختبار من أجل الكوفيد-تسعة عشر عبر مسحة أنفية (غير تدخلية، عمق أقل من واحد إنش داخل الفتحة الأنفية) من أجل الاختبار المسحي للكوفيد-تسعة عشر لدى طلبي بناءً على طلبي.
- أنا أتفهم بأن نتائج طلبي سوف تذهب إلى مديريةية الصحة في مقاطعتي أو ولايتي، مراكز الولايات المتحدة من أجل الوقاية من والتحكم بالمرض (CDC)، أو أي مؤسسة حكومية أخرى وفق ما طالب القانون بذلك.

إقرارات:

أنا أوافق وأمنح أذن الموافقة طوعاً على أن يتم اختبار طلبي من أجل الكوفيد-تسعة عشر في المدرسة بناءً على طلبي.

أنا أتحمّل المسؤولية الكاملة والشاملة من أجل أخذ الأفعال الملائمة فيما يتعلق بنتائج اختبار طلبي. أنا أقرّ بإدراكي بأن نتيجة اختبار إيجابية تشير إلى أنه سوف يتوجب على طلبي العزل الذاتي وارتداء كمامة أو غطاء وجه كما يتم توجيههم بذلك من أجل تجنب عدوى الآخرين. أنا أتفهم أيضاً بأنه في حال حصل طلبي على نتيجة اختبار إيجابية في المدرسة، فإنني مسؤول عن استلامهم من المدرسة مباشرة. أنا أتفهم، بأنه كما هو الحال في أي اختبار طبي، فإن اختبار الكوفيد-تسعة عشر هذا يحمل إمكانية تقديم نتائج اختبار غير دقيقة (يكون الاختبار إيجابياً على الرغم من أن طلبي لا يمتلك الإصابة؛ أو يكون الاختبار سلبياً، على الرغم من أن طلبي يمتلك الإصابة). أنا أوافق على السعي على الحصول على النصيحة، الرعاية، والعلاج الطبي من موفر الرعاية الصحية الخاصين بي في حال امتلاكي لأية أسئلة أو استفسارات، أو في حال ساءت حالة طلبي. أنا أتفهم بأن وحدة الاختبار لا تقوم بلعب دور موفر رعاية صحية، وبأن هذا الاختبار لا يحلّ مكان العلاج الذي يتمّ توفيره من قبل موفر رعاية صحية.

أنا أتفهم غرض الاختبار، الإجراءات، الفوائد المحتملة، والمخاطر المحتملة، وبأنه بإمكانني طلب نسخة من استمارة الموافقة هذه. أمتلك القدرة على سؤال أسئلة قبل أن أقوم بالتوقيع على استمارة الموافقة هذه، وأنا أتفهم بأنه يمكن لي سؤال أي أسئلة إضافية في أي وقت.

اسم الطالب(ة):

تاريخ ولادة الطالب(ة):

اسم المدرسة:

اسم الأهل أو ولي الأمر:

التاريخ:

توقيع الأهل أو ولي الأمر: