

نموذج الموافقة على إجراء Project COVID DeteCT تدريجي

سوف يساعد إجراء الاختبارات المدرسية المجانية للطلاب غير المُحصَّنين باللقاح على زيادة فترة التعليم الشخصي المباشر لأطول وقت ممكن من خلال الاكتشاف السريع للأفراد الذين تأكدت إصابتهم بفيروس كوفيد-19 وتتبعهم وعزلهم. سوف يساعد اختبار فيروس كوفيد-19 على تقليل نسبة خطورة انتقال العدوى، ويتيح حصول الطلاب على التعليم الشخصي المباشر على نحو أكثر انتظامًا. سيغطي نموذج الموافقة المائل فترة مشروع Project COVID DeteCT (مشروع الكشف عن الإصابة بفيروس كوفيد).

ما هي طبيعة الاختبار؟

الاختبار عبارة عن مسحة أنفية أمامية (مسح غير باضع للجزء السفلي من المنخرين)، ويستغرق جمع المسحة مجرد ثوانٍ. طريقة جمع المسحة غير باضعة.

هل ستشارك هذه المعلومات؟

ستشارك المعلومات لأغراض الصحة العامة فقط، ويمكن أن تتضمن تلك الأغراض إخطار المخالطين لطفلك في حال تعرُّضهم للإصابة بفيروس كوفيد-19، واتخاذ الخطوات الأخرى اللازمة لمنع زيادة انتشار فيروس كوفيد-19 في مجتمعك المدرسي. لن تُشارك معلومات طفلك إلا وفقًا للقوانين السارية وسياسات المدينة التي تحمي خصوصية الطلاب وأمن بيانات طفلك.

بيانات الطالب المطلوبة	
اسم الطالب:	تاريخ الولادة
العنوان:	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك
العرق (اختياري): <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أمريكي أسود البشرة/ من أصول إفريقية <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> سكان أمريكا الأصليين/ سكان ألاسكا <input type="checkbox"/> الأصليون <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> سكان أمريكا الأصليين/ سكان ألاسكا الأصليون <input type="checkbox"/> سكان جزر المحيط الهادئ/ هاواي <input type="checkbox"/> سكان جزر المحيط الهادئ/ هاواي	المجموعة الإثنية (اختياري): <input type="checkbox"/> إسباني/لاتيني <input type="checkbox"/> غير إسباني/ غير لاتيني
المدرسة:	الصف الدراسي:
بيانات ولي الأمر/ الوصي: مطلوب تقديمها	
اسم ولي الأمر/ الوصي (يرجى كتابته بخط واضح)	رقم هاتف ولي الأمر/ الوصي
البريد الإلكتروني لولي الأمر/ الوصي:	

الموافقة

ترتب المنطقة التعليمية المحلية التابع لها طفلي، بالتعاون مع Connecticut Department of Public Health (DPH)، إدارة الصحة العامة في ولاية كونيتيكت) لإجراء تلك الاختبارات مع Progressive Diagnostics وتدفع DPH تكلفة هذا الاختبار بالنيابة عني. إنني، بملئي وتقديمي لهذا النموذج، أقر بأنني ولي الأمر أو الوصي أو الشخص الملائم المخول قانوناً بتقديم الموافقة، وأنني:

- أعي أن هذا الاختبار قد تنشأ عنه Protected health information (PHI) (DPH)، معلومات صحية محمية تخص طفلي. أفوض بموجب نموذج الموافقة المائل Progressive Diagnostics وفروعها والشركات التابعة لها بالإفصاح عن PHI إلى DPH وإلى المنطقة التعليمية التابع لها طفلي.
- أفوض بجمع العينات وإجراء اختبارات تفاعل سلسلة البوليميراز (PCR) المُجمعة أسبوعياً أو اختبار كوفيد-19 الجزيئي الفردي بواسطة PCR، حسب الاقتضاء، على طفلي غير المُحصَّن باللقاح في أثناء ساعات اليوم الدراسي من خلال برنامج الاختبارات المشار إليه.
- أعي أن نوع عينات الاختبار سيكون مسحة أنفية أمامية (مسح غير باضع للجزء السفلي من المنخرين)، وأن جمع المسحة يستغرق مجرد ثوان.
- أعي أنني سوف أُخطَرُ بالنتائج الإيجابية لأي اختبارات PCR مُجمعة أو فردية، وستكون النتائج السلبية متاحة على بوابة المرضى الأمانة الخاصة بطفلي.
- يتعين على الطلاب، بصرف النظر عن نتائج الاختبار، الالتزام بكافة إرشادات السلامة المدرسية الخاصة بفيروس كوفيد-19، بما في ذلك ارتداء الكمامة والتباعد الاجتماعي، واتباع البروتوكولات المدرسية الخاصة بالعزل والاختبار في حالة ظهور أعراض الإصابة بفيروس كوفيد-19 على الطالب.
- أعي أنه يتعين على طفلي البقاء في المنزل في حالة شعوره بوعكة صحية. أقر بأن نتيجة الاختبار الفردي الإيجابية إشارة إلى أنه يتعين على طفلي البقاء في المنزل وعدم حضور المدرسة، وأن يخضع للعزل الذاتي، وأن يستمر في ارتداء الكمامة أو غطاء الوجه على النحو الموجه به، سعياً إلى تجنب نقل العدوى للآخرين. سيحدد فريق تتبع المخالطين التابع للمنطقة تواريخ العزل.
- أعي أن نظام المدرسة لا يؤدي دور مقدم الرعاية الطبية التابع له طفلي، وأن هذا الاختبار لا يعنى عن العلاج الذي يقدمه مقدم الرعاية الطبية التابع له طفلي، وأتحمل المسؤولية الكاملة عن اتخاذ الإجراء المناسب فيما يتعلق بنتائج اختبار طفلي. أوافق على أنني سوف أُلجأ إلى المشورة الطبية والرعاية والعلاج الطبي المقدم من مقدم الرعاية الطبية التابع له طفلي إذا كانت لدي أي أسئلة أو شواغل، أو في حالة تدهور حالة طفلي الصحية. أعي أنني مسؤول مالياً عن أي رعاية يتلقاها طفلي من مقدم الرعاية الصحية التابع له الطفل.
- أعي أن التفويض بإجراء هذه الاختبارات لطفلي غير المُحصَّن باللقاح أمر اختياري، وأن بإمكانني رفض إعطاء هذه الموافقة، وفي هذه الحالة لن يُجرى الاختبار لطفلي.
- أعي أن في إمكاني تغيير رأبي وإلغاء هذه الموافقة في أي وقت، ولكن هذا الإلغاء لا ينسحب أثره إلى على المستقبل، ولا يؤثر على المعلومات التي وافقتُ بالفعل على نشرها بالفعل.

توقيع الوصي (مطلوب):	التاريخ:
----------------------	----------