

Formulari Progresiv i Pranimit Project COVID DeteCT

Testimi shkollor pa kosto për studentët e pavaksinuar do të maksimizojë jetëgjatësinë vetjake të të mësuarit duke zbuluar, gjurmuar dhe izoluar shpejt individët pozitivë me COVID-19. Testimi i COVID-19 do të ndihmojë në uljen e rrezikut të transmetimit dhe do të lejojë qasje më të qëndrueshme në udhëzimet personale për studentët. Ky formular pëlqimi do të mbulojë kohëzgjatjen e Project COVID DeteCT (Projektit COVID DeteCT).

Çfarë është ky test?

Testi kryhet në pjesën e përparme-hundës nepermjet nje mjeti të thjeshë (një grumbullim mostrash jo invaziv i vrimave të poshtme të hundës me ane te mjeit) dhe kërkon vetëm disa sekonda për t'u mbledhur. Kjo është një metodë grumbullimi jo-invazive.

A do të ndahet ky informacion?

Ky informacion do të ndahet vetëm për qëllime të shëndetit publik, i cili mund të përfshijë njoftimin e kontakteve të ngushta të fëmijës tuaj nëse ai është ekspozuar ndaj COVID-19 dhe marrjen e hapave të tjerë për të parandaluar përhapjen e mëtejshme të COVID-19 në komunitetin tuaj shkollor. Ndarja e informacionit për fëmijën tuaj do të bëhet vetëm në përputhje me ligjet në fuqi dhe politikat e qytetit që mbrojnë privatësinë e studentëve dhe sigurinë e të dhënave të fëmijës suaj.

Informacioni Studentor Kërkohet	
Emri i studentit:	Data e lindjes
Adresa:	Gjinia: <input type="checkbox"/> Mashkull <input type="checkbox"/> Femër <input type="checkbox"/> Tjetër
Raca (opsionale): <input type="checkbox"/> aziatik <input type="checkbox"/> Zezak/afrikano amerikan <input type="checkbox"/> I/E bardhë <input type="checkbox"/> Tjetër <input type="checkbox"/> Amerikanë vendas/vendasit e Alaskës <input type="checkbox"/> Tjetër <input type="checkbox"/> Amerikanë vendas/vendasit e Alaskës <input type="checkbox"/> Havait/ Ishulli i Paqësorit <input type="checkbox"/> Havait/ Ishulli i Paqësorit	Përkatësia etnike (opsionale): <input type="checkbox"/> Spanjoll/Latin <input type="checkbox"/> Jo Spanjoll/Latin
Shkolla:	Niveli i klasës:
Informacioni i prindit/kujdestarit: Kërkohet të sigurohet	
Emri i Prindit/Kujdestarit (Ju lutemi, printojeni)	Telefoni i Prindit/Kujdestarit #
Emaili i prindit/kujdestarit:	

Pëlqimi

Distrikti lokal shkollor i fëmijës tim, në bashkëpunim me Connecticut Department of Public Health (DPH) (Departamentin e Shëndetit Publik në Connecticut) po organizon këtë test me Diagnostifikime Progresiv, dhe DPH po paguan për këtë testim për mua. Duke plotësuar dhe dorëzuar këtë formular, unë konfirmoj që jam prindi, kujdestari ose individ i autorizuar ligjërisht për të dhënë pëlqimin dhe:

- Unë e kuptoj që ky test mund të sjellë protected health information (PHI) (informacion shëndetësor të mbrojtur) të fëmijës tim. Në këtë mënyrë unë autorizoj Diagnostikimin Progresiv, dhe filialet e saj dhe kompanitë e lidhura me të, për të zbuluar PHI në DPH dhe distriktin shkollor të fëmijës tim.
- Unë autorizoj mbledhjen dhe testimin javor PCR, dhe testin individual molekular PCR COVID-19 sipas nevojës, tek fëmija im i pavaksinuar gjatë orëve të shkollës, përmes këtij programi testimi.
- Unë e kuptoj që lloji i grumbullimit të testit do të jetë një fije që futet në pjesën e përparme të hundës (një fije jo invazive e pjesës së poshtme të vrimave të hundës) që merr vetëm disa sekonda.
- Unë e kuptoj që do të njoftohem për rezultatet POSITIVE të çdo testi të grumbulluar dhe individual të PCR. Rezultatet negative do të jenë të disponueshme në portalin e sigurt të pacientëve, të fëmijës sim.
- Pavarësisht nga rezultatet e testit, studentët DUHET t'i përmbahen të gjitha udhëzimeve për sigurinë në shkollë COVID-19, përfshirë vendosjen e maskave dhe distancimin social, dhe të ndjekin protokollet e shkollës për izolimin dhe testimin në rast se nxënësi shfaq simptoma të COVID-19.
- Unë e kuptoj që fëmija im duhet të qëndrojë në shtëpi nëse nuk ndihet mirë. Unë e pranoj që një rezultat pozitiv i testit individual është një tregues se fëmija im duhet të qëndrojë në shtëpi, të izolohet dhe të vazhdojë të mbajë një maskë ose mbulesë fytyre sipas udhëzimeve, në përpjekje për të shmangur infektimin e të tjerëve. Datat e izolimit do të caktohen nga ekipi i gjurmimit të kontakteve të rrethit.
- Unë e kuptoj që sistemi shkollor nuk po vepron si ofrues mjekësor i fëmijës tim, ky test nuk zëvendëson trajtimin nga ofruesi mjekësor i fëmijës tim, dhe unë marr përgjegjësinë e plotë për të ndërmarrë veprimet e duhura në lidhje me rezultatet e testit të fëmijës tim. Unë pajtohem se do të kërkoj këshilla mjekësore, kujdes dhe trajtim nga ofruesi mjekësor i fëmijës tim nëse kam pyetje ose shqetësime, ose nëse gjendja e tyre përkeqësohet. Unë e kuptoj që jam financiarisht përgjegjës për çdo kujdes që fëmija im merr nga ofruesi i tyre i kujdesit shëndetësor.
- Unë e kuptoj që autorizimi i këtyre testeve për fëmijën tim të pavaksinuar është opsional dhe se mund të refuzoj të jap këtë pëlqim, në këtë rast, fëmija im nuk do të testohet.
- Unë e kuptoj që mund të ndryshoj mendje dhe ta anuloj këtë pëlqim në çdo kohë, por që një anulim i tillë është vetëm për të ardhmen dhe jo për informacionin që unë kam dhënë pëlqimin për t'u shpërndarë.

Nënshkrimi i Kujdestarit (**kërkohet**):

Data: