

د جاري Project COVID DeteCT د رضایت فورم

د نا واکسین شویو زده کوونو له پاره د ښوونځي وړیا آزمېښت به د حضورې زده کړې وخت د باکیفیته کشفونې، د اړیکو د څارنې او پر COVID-19 د اخته کسانو د جلا کولو له لارې تر ټولو لوړې کچې ته ورسوي. د COVID-19 آزمېښت به د ویروس د لېږدونې د خطر کچه را کمه کړي او د زده کوونکو له پاره به د حضورې لارښوونې لا پیاوړې لاسرسي ته زمینه برابره کړي. د رضایت دغه فورم به د COVID د موندنې (Project COVID DeteCT) د پروژې وخت ته پوښښ ورکړي.

آزمېښت یا معاینه څه شی ده؟

دا د پوزې د ترشحاتو آزموینه ده (د پوزې د لاندینې برخې غیر فعال ترشحات) چې ترسره کېدل یې یوازې څو ثانيې وخت نیسي. دا د غیر فعال ټولو یو طریقه ده.

آیا دا معلومات به شریک شي؟

دا معلومات به یوازې د عامې روغتیا د موخو لپاره شریک شي، چې ښایي په هغې کې ستاسو له ماشوم سره د نږدې اړیکو په اړه خبرتیا چې که چېرته د COVID-19 په خطر کې وي او ستاسو د ښوونځي په چاپیریال کې د COVID-19 د لا خپرېدو د مخنیوي په موخه د نورو اقداماتو ترسره کول شامل دي. ستاسو د ماشوم په اړه د معلوماتو شریکول یوازې د پلي کېدونکي قانون سره سم ترسره کېږي او د ښار پالیسي ستاسو د ماشوم د خصوصي حریم او معلوماتو ساتنه کوي.

د زده کوونکي معلومات: اړین دي	
د زده کوونکي نوم:	د زېږېدو نېټه:
پته:	جنسیت: <input type="checkbox"/> نارینه <input type="checkbox"/> ښځینه <input type="checkbox"/> نور
نژاد(اختیاري): <input type="checkbox"/> آسیایي <input type="checkbox"/> تور/افریقایي امریکایي <input type="checkbox"/> سپین <input type="checkbox"/> نور <input type="checkbox"/> اصلي امریکایي/ اصلي الاسکایي <input type="checkbox"/> نور <input type="checkbox"/> اصلي امریکایي/ اصلي الاسکایي <input type="checkbox"/> هاوایي/ د آرام سمندر جزیره <input type="checkbox"/> هاوایي/ د آرام سمندر جزیره	قومیت (اختیاري): <input type="checkbox"/> هسپانوي/ لاتیني <input type="checkbox"/> نه هسپانوي/ نه لاتیني
ښوونځی:	ټولگی:
د والدینو/سرپرست معلومات: باید چمتو شي	
د والدینو/سرپرست معلومات(مهرباني وکړئ پرنت یې کړئ):	د والدینو/سرپرست د تلیفون شمېره #:
د والدینو/سرپرست برېښنالیک:	

رضایت

زما د ماشوم د سیمه ییز ښوونځي حوزه، د کانکتیکات ایالت د عامې روغتیا د ډیپارټمنټ (Connecticut Department of Public Health, DPH) په همکارۍ له پرمختللي تشخیص سره دا آزموینه تنظیموي او DPH زما په استازولۍ د دې آزمویني پیسې ورکوي. زه د دې فورم په بشپړولو او سپارلو سره تاییدوم چې د رضایت ورکولو له پاره زه مناسب مور/پلار، سرپرست، یا د قانون له مخې با صلاحیته کس یم او:

- زه پوهېږم چې دغه آزمېښت به زما د ماشوم خوندي شوي روغتیايي معلومات (protected health information, PHI) چمتو کړي. زه په دې توګه اجازه ورکوم چې مترقي تشخیصونه او د هغوی ټولې څانګې او متعلقې کمپنۍ دغه ډول PHI او DPH زما د ماشوم د ښوونځي ناحیې ته ورکړي.
- زه د ښوونځي د درسي ساعتونو په لړ کې د دغه آزمېښتي پروګرام له لارې زما د نا واکسین شوي ماشوم د آزمېښت له پاره را ټولوي او د اونیز PCR آزمېښت او همدا راز د COVID-19 د شخصي PCR مالیکولي آزمېښت ته چې د عملي کېدو وړ وي اجازه ورکوم.
- زه پوهېږم چې د پوزي د ترشحاتو آزمویني د نمونو د ټولو ډولونو (د پوزي د لاندیني برخې غیر فعال ترشحات) را ټولول یوازې څو ثانيې وخت نیسي.
- زه پوهېږم چې د هر ډول موندنو د مثبتو پایلو او د هر کس د PCR آزمېښتونو د پایلو په اړه به ما ته خبر راکړل شي. منفي پایلې به زما د ماشوم د ناروغ په خوندي پورټل کې د لاسرسي وړ وي.
- د آزمویني پایلې ته له کتو پرته، زده کوونکي باید د ماسک اغوستلو او ټولنیز واټن په ګډون د COVID-19 پر وړاندې د ښوونځي لخوا د خونديتوب ټولې لارښوونې په پام کې ونیسي او په زده کوونکي کې د COVID-19 د نښو نښانو د ښکاره کېدو په صورت کې باید د جدا کولو او آزمېښت لپاره د ښوونځي له پروتوکولونو څخه پیروي وکړي.
- زه پوهېږم که چېرته زما ماشوم د ناروغۍ احساس کوي، نو باید په کور کې پاتې شي. زه تاییدوم چې د مثبتې پایلې له امله باید زما ماشوم په کور کې پاتې شي، ځان قرنطین کړي او د لاسوونو مطابق ماسک واغوندي تر څو په ویروس د نورو له اخته کېدو څخه مخنیوی وشي. د ګوښه کېدو یا قرنطین نېټې د ناحیې د اړیکو د څارلو د ډلې لخوا ټاکل کېږي.
- زه پوهېږم چې د ښوونځي سیستم زما د ماشوم د روغتیايي آسانتیاوو د چمتو کوونکي په توګه کار نه کوي، دا آزموینه زما د ماشوم د روغتیايي آسانتیاوو د چمتو کوونکي د درملنې پایله نه بدلوي او زه د خپل ماشوم د پایلې په برخه کې وړ او بشپړ مسوولیت منم. زه موافق یم چې د وضعیت د خرابېدو او یا کومې پوښتنې یا اندېښنې په صورت کې د خپل زده ماشوم د روغتیايي آسانتیاوو له چمتو کوونکي څخه د مرستې، پاملرنې او درملنې غوښتنه وکړم. زه پوهېږم چې د له مالي پلوه زه د هر هغه پاملرنې مسوول یم چې زما ماشوم یې له خپلو پالونکو له لوري ترلاسه کوي.
- زه پوهېږم زما د ناواکسین شوي ماشوم لپاره د دغو آزمېښتونو اجازه ورکول اختیاري دي او زه کولای شم د اجازې له ورکولو څخه ډډه وکړم چې په دې حالت کې به زما زده ماشوم ونه آزمایل شي.
- زه پوهېږم چې هره کله چې وغواړم کولای شم خپل پرېکړه بدله کړم او د اجازې له ورکولو څخه ډډه وکړم، مګر دا لغوه کول یوازې د راتلونکو پرېکړو لپاره دي او پر هغو معلوماتو به هېڅ اغیز ونکړي چې ما یې له وړاندې د خپرېدو اجازه ورکړې ده.

نېټه:	د سرپرست لاسلیک (اړین دی):
-------	----------------------------