

Quest formulari pëlqimi 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 shkollor lokal i fëmijës tim, në bashkëpunim me DPH (Connecticut Department of Public Health) (Departamentin e Shëndetit Publik në Connecticut) po organizon këtë test dhe DPH po paguan për këtë test në emrin tim. Unë me këtë autorizoj Quest Diagnostics Incorporated dhe filialet e saj dhe kompanitë e lidhura ("Quest Diagnostics") që të zbulojnë informacionin tim të mbrojtur shëndetësor ("PHI", Protected Health Information) (informacion shëndetësor të mbrojtur) siç përshkruhet në këtë Autorizim Transformativ Shëndetësor, LLC, e cila po siguron autoritetin përshkrues, Connecticut Department of Public Health (DPH) dhe distrikti shkollor i fëmijës tim. Duke plotësuar dhe dorëzuar këtë formular, unë konfirmoj se jam prindi, kujdestari ose individ i autorizuar ligjërisht për të dhënë pëlqimin dhe:

- Unë autorizoj mbledhjen dhe testimin e një testi javor të PCR të grumbulluar ose individual PCR molekulare COVID-19 tek fëmija im i pavaksinuar gjatë orëve të shkollës, përmes Connecticut Department of Public Health dhe Connecticut State Department of Education (Departamenti Shtetëror i Edukimit të Konektikatit) Programi i testimit të shqyrtimit.
- Unë autorizoj mbledhjen dhe testimin e çdo testi PCR individual ose të grumbulluar tek fëmija im i pavaksinuar.
- Unë e kuptoj që të gjitha llojet e mostrave do të jenë një test i shtupës së përparme-hundës (një shtupë jo-invasive e pjesës së poshtme të vrimave të hundës) dhe duhen vetëm disa sekonda për t'u mbledhur.
- 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.
- Si nënshkrues i këtij dokumenti, unë gjithashtu pajtohem për të marrë rezultatet javore të testimit nga Transformative Healthcare, LLC, me email, me tekst dhe nëse është e nevojshme, thirrje zanore të automatizuar.
- Unë e kuptoj që autorizimi i këtyre testeve COVID-19 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: