

نموذج موافقة على طلب Project COVID DeteCT

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 نحوٍ 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 حالة 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 مطلوبة	
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 الأصليين <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> سكان أمريكا الأصليين/ سكان ألاسكا الأصليين <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 الوالد/ ولي الأمر (يرجى طباعته):	رقم هاتف الوالد/ ولي الأمر:
البريد الإلكتروني لولي الأمر/ الوصي:	

الموافقة

ترتب المنطقة التعليمية المحلية التابع لها طفلي، بالتعاون مع إدارة الصحة العامة (DPH) لإجراء هذا الاختبار وتدفع DPH تكلفة هذا الاختبار بالنيابة عني. أفوض بموجب نموذج الموافقة المائل شركة Quest Diagnostics Incorporated وفروعها والشركات التابعة لها ("Quest Diagnostics") بالإفصاح عن PHI، المعلومات الصحية المحمية الخاصة بي على النحو الموضح في هذا التفويض إلى شركة Transformative Healthcare, LLC، التي تقدم سلطة وصف العلاج، و Connecticut Department of Public Health (DPH) والمنطقة التعليمية المحلية التابع لها طفلي. إنني، بملئي وتقديمي لهذا النموذج، أقر بأنني الوالد أو ولي الأمر أو الشخص الملائم المخوّل قانوناً بتقديم الموافقة، وأنني:

- أفوض بجمع العينات وإجراء اختبارات تفاعل سلسلة البوليميراز (PCR) المُجمعة أسبوعياً أو اختبار كوفيد-19 الجزيئي الفردي بواسطة PCR على طفلي غير المُحصّن باللقاح في أثناء ساعات اليوم الدراسي من خلال Connecticut Department of Public Health وبرنامج اختبارات الفحص التابع لإدارة Connecticut State Department of Education (إدارة التعليم بولاية كونيتيكت).
- أفوض بجمع العينات وإجراء الاختبارات بالنسبة إلى أي اختبار PCR فردي أو مُجمّع لطفلي غير المُحصّن باللقاح.
- أعني أن جميع أنواع العينات ستكون لاختبار بمسحة أنفية أمامية (مسح غير باضع للجزء السفلي من المنخرين)، وأن جمع المسحة يستغرق مجرد ثوانٍ.
- 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.
- أعني أنه يتعين على الطالب البقاء في المنزل في حالة شعوره بوعكة صحية. أقر بأن نتيجة الاختبار الفردي الإيجابية إشارة إلى أنه يتعين على الطالب البقاء في المنزل وعدم حضور المدرسة، وأن يخضع للعزل الذاتي، وأن يستمر في ارتداء الكمامة أو غطاء الوجه على النحو الموصّ به، سعياً إلى تجنب نقل العدوى للآخرين. سيحدد فريق تتبع المخالطين التابع للمنطقة تواريخ العزل.
- أعني أن نظام المدرسة لا يؤدي دور مقدم الرعاية الطبية التابع له الطالب، وأن هذا الاختبار لا يُعني عن العلاج الذي يقدمه مقدم الرعاية الطبية التابع له الطالب، وأتحمل المسؤولية الكاملة عن اتخاذ الإجراء المناسب فيما يتعلق بنتائج اختبار الطالب. أوافق على أنني سوف ألبأ إلى المشورة الطبية والرعاية والعلاج الطبي المقدم من مقدم الرعاية الطبية التابع له الطالب إذا كانت لدي أي أسئلة أو شواغل، أو في حالة تدهور حالة الطالب الصحية. أعني أنني مسؤول مالياً عن أي رعاية يتلقاها الطالب من مقدم الرعاية الصحية.
- بصفتي الموقع على المستند، أوافق كذلك على تلقي نتائج المسحة الأسبوعية من شركة Transformative Healthcare, LLC عن طريق البريد الإلكتروني والرسائل النصية والمكالمات الصوتية الآلية إذا استدعت الحاجة إلى ذلك.
- أعني أن التفويض بإجراء اختبارات كوفيد-19 للطالب غير المُحصّن باللقاح أمر اختياري، وأن بإمكانني رفض إعطاء هذا التفويض، وفي هذه الحالة لن يُجرى الاختبار للطفل.
- أعني أن في إمكاني تغيير رأيي وإلغاء هذا الإذن في أي وقت، ولكن هذا الإلغاء لا ينسحب أثره إلى على المستقبل، ولا يؤثر على المعلومات التي أذنت بنشرها بالفعل.

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