



2021-2022 نموذج الموافقة على إجراء اختبار COVID-19 السريع

الاسم:	رقم هوية الطالب#:
المدرسة:	تاريخ الميلاد:
اسم ولي الأمر أو الوصي [إن أمكن]:	
العنوان:	
رقم الهاتف: ()	البريد الإلكتروني:

الرجاء قراءة اشعار الموافقة على اختبار COVID-19 بعناية والتوقيع عليه.

1. أتفهم بأن اختبار COVID-19 للشخص المذكور أعلاه سيتم إجراؤه من خلال اختبار BinaxNOW المقدم من مختبرات أبوت إلى منطقة مدارس كينويك من قبل وزارة الصحة بولاية واشنطن وأقر بأن اشعار المعلومات الخاصة بهذا الاختبار قد قدم لي لقراءتها.
2. أتفهم بأن تلقي هذا الاختبار للشخص المذكور أعلاه سيتوفر طبقاً على توافر المستلزمات اللازمة للاختبار.
3. أتفهم أن هذا الاختبار لا يقترح من مقدمي الخدمات الطبية للشخص المذكور أعلاه. الاختبار لا يحل محل العلاج من قبل مقدم الخدمة الطبية. أتحمّل المسؤولية الكاملة لاتخاذ الإجراء المناسب فيما يتعلق بنتائج هذا الاختبار، بما في ذلك طلب المشورة الطبية والرعاية والعلاج من المقدم الطبي أو كيان رعاية صحية آخري إذا كانت لدي أسئلة أو مخاوف، إذا ظهرت أعراض COVID-19 على الشخص المذكور أعلاه ، أو إذا ساءت حالته.
4. أتفهم أنه، كما هو الحال في أي اختبار طبي، هناك احتمال لنتيجة اختبار COVID-19 إيجابية أو سلبية كاذبة.
5. أتفهم أنه من مسؤوليتي إبلاغ مقدم الرعاية الصحية للشخص المذكور أعلاه بنتيجة الاختبار إذا كانت إيجابية، وأن لا احد غيري سيتم إرسال تلك النسخة اليه.
6. أتفهم أن نتيجة هذا الاختبار ستكون متاحة في خلال 15-20 دقيقة.
7. أتفهم وأقر بأن نتيجة هذا الاختبار إذا كانت ايجابية فان هذا يدل على أن الشخص المذكور أعلاه يحتاج إلى عزل نفسه لتجنب إصابة الآخرين.
8. لقد تم إبلاغي بغرض هذا الاختبار، إجراءاته والمخاطر والفوائد المحتملة له. سيتيح لي فرصة طرح اي الأسئلة قبل اجراء هذا الاختبار. إذا كنت لا أُرغب في اجراء اختبار COVID-19 للشخص المذكور أعلاه فإنه لدي حرية رفض اجراء الاختبار.
9. أتفهم أنه لضمان الصحة العامة والسلامة للجميع والتحكم في انتشار COVID-19 ، قد يتم مشاركة نتيجة هذا الاختبار بدون إذني مع من يهمله الأمر.
10. أتفهم بأنه سيتم الكشف عن نتائج الاختبار لمسؤولين الصحة العامة، ومكتب المشرف على التعليمات العامة ، وعلى النحو الذي ينص به القانون أو يقتضيه.
11. أتفهم بأنه يمكنني سحب موافقتي على الاختبار في أي وقت قبل إجرائه.

التفويض / الموافقة على اختبار COVID-19

أوافق على خضوع الشخص المذكور أعلاه لاختبار COVID-19.	
أوافق على اجراء اختبار COVID-19 في المستقبل بإذن شفهي للعام الدراسي 2021-2022	

Initial

التاريخ

توقيع ولي الأمر