

Ficha de consentimento para testes de COVID-19

Pessoa a ser testada (nome do estudante ou funcionário):
Data de nascimento do estudante/funcionário:
Ano:
Escola:
Nome(s) do(s) pai(s)/responsável(is) em letra de imprensa (caso o estudante seja menor de idade):
Endereço de e-mail:
Endereço residencial:
Telefone:
O estudante/funcionário indicado acima foi diagnosticado com COVID-19 nos últimos 90 dias? <input type="checkbox"/> SIM (obs.: pessoas com teste positivo de COVID-19 nos últimos 90 dias <u>não devem</u> fazer testes PCR) <input type="checkbox"/> NÃO

Leia atentamente o aviso de consentimento informado a seguir e assine a autorização de teste de COVID-19. Todos devem ler e assinar esta ficha antes de participar do programa de testagem. Caso o participante seja menor de idade (menos de 18 anos), um dos pais ou responsáveis deve ler, assinar e devolver esta ficha para que o menor possa participar do programa de testagem.

1. Autorizo a pessoa indicada acima (meu estudante menor de idade ou eu próprio) a participar do programa escolar de testagem de COVID-19, que inclui a coleta de amostras durante o período escolar, realizada por funcionários da escola ou outros profissionais devidamente designados, e a testagem descrita nesta ficha de consentimento.
2. Entendo que a testagem de COVID-19 será realizada por meio de: (i) um teste PCR individual ou coletivo; (ii) um teste rápido individual de antígeno ou LAMP; ou (iii) outra tecnologia com precisão similar, conforme autorizada pelo Departamento de Saúde Pública do Estado de Washington.
3. Entendo que, para os testes de antígeno, PCR ou LAMP, será coletada uma amostra inserindo-se um cotonete nasal superficialmente no nariz de cada participante (inclusive com auto-coleta) e que os possíveis riscos, quando realizados segundo as instruções, incluem desconforto causado pela inserção do cotonete. O participante terá a opção de coletar a(s) sua(s) própria(s) amostra(s) seguindo as instruções ou solicitar a ajuda de um administrador de teste no local, quando disponível. Eventuais irritações deverão ser breves. Mais informações sobre a técnica estão disponíveis em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/testing/How-To-Collect-Anterior-Nasal-Specimen-for-COVID-19.pdf>
4. Entendo que os administradores de testes receberam formação sobre como administrar o teste corretamente, de acordo com todas as diretrizes de segurança pertinentes. Ao preencher e apresentar esta ficha, confirmo que estou autorizado a dar o presente consentimento em nome da pessoa a ser testada. Confirmo, ademais, que o(s) administrador(es) do teste, o laboratório responsável pela testagem, o distrito escolar e os conselheiros, diretores, funcionários, gerentes, patrocinadores da organização ou outros quadros dessas partes não serão responsáveis por nenhum acidente ou lesão que possa decorrer da participação de qualquer pessoa no programa de testagem.
5. Entendo que serei informado sobre os resultados de qualquer teste de diagnóstico individual de COVID-19 realizado no meu estudante (ou, no caso de funcionários ou estudantes maiores de idade, em mim), inclusive quando um teste de seguimento é recomendado após um resultado positivo em um teste coletivo de um determinado grupo.
6. Entendo que a possibilidade de os participantes serem testados depende da disponibilidade de materiais de testagem.
7. Entendo que o laboratório ou outra entidade responsável pela testagem não está atuando como provedor de cuidados médicos para nenhum participante e que o teste não substitui nenhum tratamento prestado por um profissional médico. Assumo a total e plena responsabilidade por tomar as providências apropriadas após receber os resultados do teste, inclusive procurar conselhos, cuidados e tratamentos de um profissional médico ou uma instituição de saúde, caso tenha dúvidas ou preocupações, se desenvolver sintomas de COVID-19 ou se o estado de qualquer participante da testagem piorar.
8. Entendo que, como ocorre com qualquer teste médico, há o potencial de o teste de COVID-19 produzir um resultado falso positivo ou falso negativo. Em virtude da possibilidade de resultado falso negativo, entendo que todas as pessoas testadas devem continuar a seguir todas as orientações de segurança referentes à COVID-19,

inclusive o uso de máscaras e o distanciamento social, e que devem observar os protocolos escolares de isolamento e testagem caso se observe qualquer sintoma que indique uma possível infecção pela COVID-19. Mais informações estão disponíveis em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>

9. Entendo que sou responsável por informar um profissional de saúde (meu ou do meu estudante) sobre um resultado positivo no teste e que nenhuma cópia será enviada a nenhum profissional de saúde em meu nome.
10. Entendo que, na maioria das circunstâncias, o resultado do teste de antígeno estará disponível em 15 a 30 minutos, de um teste LAMP, em cerca de 1 hora, e de um teste PCR, em aproximadamente 24 a 72 horas, podendo ocorrer eventuais variações.
11. Entendo e confirmo que um resultado positivo no teste de COVID-19 é uma indicação para ficar em casa e não ir à escola, autoisolar-se e continuar a usar uma máscara ou cobertura facial, de acordo com as instruções das autoridades escolares ou de saúde pública, para não infectar outras pessoas.
12. Fui informado sobre o objetivo, os procedimentos e os potenciais riscos e benefícios do teste. Terei a oportunidade de fazer perguntas antes de prosseguir com um teste de COVID-19. Entendo que, se não quiser prosseguir com o teste de COVID-19, poderei rejeitá-lo em nome do meu estudante ou de mim próprio.
13. Entendo que poderei cancelar esta autorização a qualquer momento, mas que tal cancelamento será aplicado apenas a testes futuros e não afetará as informações cuja divulgação já autorizei. Para cancelar esta autorização, tenho de entrar em contato com a minha escola por escrito. Esta autorização continuará em vigor a menos que a revogue por escrito e até que o faça.
14. Entendo que, para assegurar a saúde e segurança pública e para controlar a propagação da COVID-19, os resultados dos testes poderão ser divulgados sem a minha autorização individual.
15. Entendo que os resultados dos testes serão divulgados às autoridades competentes de saúde pública, ao Gabinete do Superintendente de Instrução Pública, à escola/organização frequentada pelo participante da testagem ou da qual este participe, ao laboratório contratado para processar os testes e a outras partes que a lei permita ou requeira.
16. Entendo que a participação na testagem poderá exigir que a escola divulgue ao(s) responsável(is) pela testagem identidades, dados demográficos e informações de contato dos indivíduos, conforme constem dos registros escolares. Em conformidade com a Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (“FERPA”), 34 CFR 99.30, autorizo a escola a divulgar essas informações referentes ao meu estudante (ou, no caso de funcionários da escola, a mim), como é necessário para participar da testagem.
17. Entendo que a testagem de seguimento para diagnóstico poderá requerer a apresentação de informações protegidas de saúde (PHI) e outros dados individualmente identificáveis das pessoas testadas. Tanto quanto esse seja o caso, em conformidade com 45 CFR 164.524(c)(3), autorizo e instruo o responsável pela testagem a transmitir essas informações à escola do meu estudante, ao Departamento de Saúde do Estado de Washington e ao laboratório processador. Entendo, ademais, que essas informações individualmente identificáveis poderão ser divulgadas ao Gabinete Executivo dos Serviços de Saúde e Assistência Social e a qualquer outra parte autorizada nos termos das leis pertinentes.
18. Entendo que, se for um estudante com 18 anos de idade ou mais ou estiver legalmente autorizado a dar consentimento referente à minha própria saúde, as referências a “meu estudante” referem-se a mim próprio, e assino esta ficha em meu próprio nome.

AUTORIZAÇÃO/CONSENTIMENTO PARA TESTE DE COVID-19

- Li as informações acima, sobre o programa de testagem, a descrição das amostras a serem coletadas para os testes e os possíveis riscos do programa de testagem, e dou o meu consentimento voluntário para a participação do meu estudante menor de idade no programa de testagem. Entendo que essas informações poderão ser divulgadas a mim também, mediante solicitação, por escrito, à escola/organização do meu estudante. Autorizo o estudante menor de idade indicado acima a fazer testes de COVID-19.

Assinatura do pai/responsável

Data

- Li as informações acima, sobre o programa de testagem, a descrição das amostras a serem coletadas para os testes e os possíveis riscos do programa de testagem, e dou o meu consentimento voluntário para a minha participação no programa de testagem. Entendo que essas informações poderão ser divulgadas a mim também, mediante solicitação, por escrito, à minha escola/organização. Dou o meu consentimento para testes de COVID-19.

Assinatura do estudante (maior de idade) ou funcionário

Data