

Форма согласия на прохождение теста на COVID-19

Лицо, подлежащее тестированию (имя учащегося или сотрудника):
Дата рождения учащегося /сотрудника:
Класс:
Школа:
Фамилия и имя (имена) родителя/опекуна (для несовершеннолетних учащихся):
Адрес электронной почты:
Домашний адрес:
Номер телефона:
Был ли у учащегося/сотрудника, указанного выше, диагностирован COVID-19 в течение последних 90 дней? <input type="checkbox"/> ДА (примечание: лица, у которых тест на COVID-19 был положительным в течение последних 90 дней, <u>не должны</u> проходить тест ПЦР) <input type="checkbox"/> НЕТ

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь со следующим уведомлением об информированном согласии и подпишите разрешение на прохождения теста на COVID-19. Каждый участник должен прочитать и подписать эту форму до участия в программе тестирования. Если участник является несовершеннолетним (до 18 лет), родитель или законный опекун должен прочитать, подписать и вернуть эту форму, прежде чем несовершеннолетний сможет принять участие в программе тестирования.

1. Я даю разрешение указанному выше лицу, моему несовершеннолетнему учащемуся, или даю согласие на собственное участие в школьной программе тестирования на COVID-19, в том числе на взятие проб в учебное время школьным или другим соответствующим образом назначенным персоналом, а также на тестирование, описанное в данной форме согласия.
2. Я понимаю, что данное тестирование на COVID-19 будет проводиться посредством: (i) индивидуального или объединенного ПЦР-теста; (ii) индивидуального быстрого теста на антигены или теста LAMP, или (iii) с использованием другой технологии с аналогичным показателем точности, согласно разрешениям, выданным Департаментом общественного здравоохранения штата Вашингтон.
3. Я понимаю, что для проведения теста на антигены, ПЦР или LAMP проба будет браться путем введения назального тампона на небольшую глубину в нос каждого участника (проба может также браться самостоятельно), и что потенциальные риски при условии соблюдения всех инструкций могут включать дискомфорт от введения тампонов. Участник сможет самостоятельно взять пробу(ы), следуя инструкциям, или, по возможности, обратиться за помощью к сотруднику, отвечающему за проведение теста, на месте. Если возникнет раздражение, оно не должно продлиться долго. Более подробную информацию о методике проведения теста можно найти на сайте <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/testing/How-To-Collect-Anterior-Nasal-Specimen-for-COVID-19.pdf>.
4. Я понимаю, что персонал, проводящий тестирование, прошел соответствующую подготовку по проведению тестирования с соблюдением всех действующих правил безопасности. Заполняя и отправляя эту форму, я подтверждаю, что уполномочен давать такое согласие от имени тестируемого лица. Я также согласен, что проводящий тестирование персонал, лаборатория, школьный округ, а также попечители, члены, сотрудники, менеджеры, спонсоры организации или другой персонал этих сторон не несут ответственности за любые несчастные случаи или травмы, которые могут произойти в результате участия любого лица в программе тестирования.
5. Я понимаю, что меня уведомят о результатах любого индивидуального диагностического теста на COVID-19, который прошел мой учащийся - или я (в случае, когда речь идет о сотрудниках или совершеннолетних), в том числе и о возможной необходимости провести повторное тестирование после того, как объединенное тестирование показало положительный результат для тестируемого пула.
6. Я понимаю, что возможность участников пройти тестирование ограничена наличием расходных материалов для тестирования.
7. Я понимаю, что лаборатория или другая организация, выполняющая тестирование, не выступает в качестве медицинского учреждения в отношении любого участника тестирования, и что тестирование не заменяет лечение в медицинском учреждении. Я принимаю на себя полную и всестороннюю ответственность за

принятие соответствующих мер после получения результатов тестирования, включая обращение за медицинской консультацией, уходом и лечением к врачу или в другое медицинское учреждение, в случае возникновения у меня вопросов или опасений, в случае появления симптомов COVID-19 или ухудшения состояния любого участника тестирования.

8. Я понимаю, что, как и при любом медицинском тестировании, существует вероятность получения ложноположительного или ложноотрицательного результата теста на COVID-19. В связи с возможностью получения ложноотрицательного результата я понимаю, что каждый тестируемый должен продолжать следовать всем правилам безопасности в отношении COVID-19, включая ношение маски и социальное дистанцирование, а также следовать школьным протоколам по изоляции и тестированию в случае возникновения каких-либо симптомов, указывающих на потенциальную инфекцию COVID-19. Более подробную информацию можно найти на сайте: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
9. Я понимаю, что я обязан(а) проинформировать своего лечащего врача (как в своем случае, так и в случае, когда речь идет о моем учащемся) о положительном результате теста, и что за меня копию результатов теста в медицинские учреждения не отправит никто.
10. Я понимаю, что в большинстве случаев результат теста на антигены будет готов через 15-30 минут, результат теста LAMP - примерно через 1 час, а результаты теста ПЦР должны быть готовы примерно через 24-72 часа, но данные сроки могут меняться в зависимости от конкретной ситуации.
11. Я понимаю и признаю, что положительный результат теста на COVID-19 является показанием к тому, чтобы оставаться дома и не посещать школу, самоизолироваться и продолжать носить маску или закрывать лицо по указанию школьных или общественных органов здравоохранения во избежание заражения других лиц.
12. Я был(а) проинформирован(а) о цели теста, процедурах, потенциальных рисках и преимуществах. У меня будет возможность задать вопросы, прежде чем приступить к тестированию COVID-19. Я понимаю, что если я не хочу продолжать тест COVID-19, я могу отказаться от него от имени своего учащегося или от собственного имени.
13. Я понимаю, что могу отменить данное разрешение в любое время, но такая отмена относится только к будущему тестированию и не влияет на информацию, на выдачу которой я уже предоставил разрешение. Чтобы отменить данное разрешение, я должен обратиться в свою школу в письменном виде. Данное разрешение будет действовать до тех пор, пока я не отменю его в письменном виде.
14. Я понимаю, что для обеспечения общественного здоровья и безопасности, а также для контроля распространения COVID-19, результаты теста могут передаваться без моего индивидуального разрешения.
15. Я понимаю, что результаты тестирования будут передаваться соответствующим органам здравоохранения, в Управление суперинтенданта государственного образования, школе/организации, которую посещает или в которой числится участник тестирования, подрядчику, отвечающему за тестирование и осуществляющей обработку результатов лаборатории, а также в другие учреждения согласно действующему законодательству.
16. Я понимаю, что для участия в тестировании от школы может потребоваться раскрытия личных данных, демографической и контактной информации из школьных документов проводящим тестирование учреждениям. В соответствии с Законом о правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни ("FERPA"), 34 CFR 99.30, я разрешаю школе раскрывать такую информацию, касающуюся моего учащегося (или собственную информацию в случаях, когда речь идет о работниках школы), которая необходима для участия в тестировании.
17. Я понимаю, что последующее диагностическое тестирование может потребовать предоставления защищенной медицинской информации (ЗМИ) и другой позволяющей установить личность информации о лицах, проходящих тестирование. В этом случае, в соответствии с п. 45 CFR 164.524(с)(3), я разрешаю и даю указание проводящей тестирование организации передать такую информацию в школу моего учащегося, Департамент здравоохранения штата Вашингтон и лабораторию, проводящую тестирование. Я также понимаю, что такая позволяющая установить личность информация может быть раскрыта Исполнительному совету Министерства здравоохранения и социальных служб и любой другой стороне в соответствии с действующим законодательством.
18. Я понимаю, что если я являюсь учащимся в возрасте 18 лет и старше или иным образом уполномочен давать согласие на медицинское обслуживание, использование термина «мой учащийся» относятся ко мне, и я могу подписать эту форму от собственного имени.

РАЗРЕШЕНИЕ/СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕСТА НА КОВИД-19

- Я прочитал(а) приведенную выше информацию о программе тестирования, пробах для тестирования, которые будут взяты, и возможных рисках, связанных с программой тестирования, и я добровольно даю согласие на участие моего несовершеннолетнего учащегося в программе тестирования. Я понимаю, что эта информация также может быть предоставлена мне по письменному запросу в школу/организацию моего учащегося. Я разрешаю вышеуказанному несовершеннолетнему учащемуся пройти тестирование на COVID-19.

Подпись родителя / опекуна

Дата

- Я ознакомился (ознакомилась) с приведенной выше информацией о программе тестирования, описанием проб, которые будут взяты для целей тестирования, и возможных рисках программы тестирования, и я добровольно даю согласие на участие в программе тестирования. Я понимаю, что эта информация также может быть предоставлена мне по письменному запросу в мою школу/организацию. Я даю согласие на прохождение тестирования на COVID-19.

Подпись учащегося (18 лет и старше) или сотрудника

Дата