

Форма согласия на прохождение экспресс-теста на антиген COVID-19

Имя и фамилия учащегося:
Дата рождения:
Учебное заведение:
Имя и фамилия родителя/опекуна:
Домашний адрес:
Номер телефона:

Пожалуйста, внимательно прочитайте следующее положение о согласии и подпишите разрешение на проведение теста на COVID-19.

1. Я понимаю, что тестирование на COVID-19 выше указанного учащегося будет организовано Washington State Department of Health (Департаментом здравоохранения штата Вашингтон) и проведено в лабораториях Abbott с помощью теста BinaxNOW, AccessBio CareStart, ihealth or other COVID-19 Antigen test.
2. Я понимаю, что возможность прохождения теста вышеуказанным учащимся ограничена наличием расходных материалов для тестирования.
3. Я осознаю, что организация, которая проводит тест, не является поставщиком медицинских услуг для вышеуказанного учащегося. Тестирование не заменяет лечения у врача. Я беру на себя полную и всестороннюю ответственность за принятие соответствующих мер в отношении результатов теста, включая консультацию и лечение у врача или в любом другом медицинском учреждении в случае возникновения вопросов или опасений, если у вышеуказанного учащегося появятся симптомы COVID-19 или его состояние ухудшится.
4. Я понимаю, что, как и при проведении любого медицинского тестирования, существует вероятность ошибочного результата теста на COVID-19.
5. Я осознаю, что в мои обязанности входит информирование врача вышеуказанного учащегося о положительном результате теста и что никто не отправит копию этого документа врачу вышеуказанного учащегося вместо меня.
6. Я понимаю, что результат теста на антиген будет готов через 15–30 минут.
7. Я признаю, что положительный результат теста на антиген является показанием для самоизоляции вышеуказанного учащегося, чтобы избежать заражения других.
8. Мне предоставлена информация о цели тестирования, порядке его проведения, потенциальных рисках и преимуществах. Перед проведением теста на COVID-19 я смогу задать интересующие меня вопросы. Я понимаю, что если я не хочу, чтобы вышеупомянутый учащийся продолжал проходить тестирование на COVID-19, у меня есть право отказаться от теста.
9. Я понимаю, что для обеспечения безопасности в области общественного здравоохранения и контроля над распространением COVID-19 результаты теста могут быть разглашены без моего личного разрешения.
10. Я понимаю, что результаты теста будут переданы в соответствующие органы здравоохранения, Office of Superintendent of Public Instruction (Управление инспектора народного образования) и другие, в соответствии с законодательством.
11. Я понимаю, что могу в любое время отозвать свое согласие на тестирование до начала его проведения.

РАЗРЕШЕНИЕ/СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕСТА НА COVID-19

- Я даю согласие на прохождение вышеуказанным учащимся теста на COVID-19.

Подпись родителя/опекуна

Дата

- Я даю согласие на прохождение теста на COVID-19.

Подпись учащегося, достигшего 18 лет

Дата

