**فرم رضایت برای آزمایش سریع پادگن COVID-19**

|  |
| --- |
| نام دانش‌آموز: |
| تاریخ تولد دانش‌آموز: |
| مدرسه: |
| نام ولی/سرپرست: |
| نشانی منزل: |
| شماره تلفن: |

**لطفاً اعلان رضایت موثق زیر را با دقت بخوانید و مجوز انجام دادن آزمایش COVID-19 را امضا کنید.**

1. متوجه هستم گرفتن آزمایش COVID-19 از دانش‌آموز نام‌برده در بالا ازطریق <insert name of test> که Washington State Department of Health (اداره بهداشت ایالت واشنگتن) آن را ارائه می‌دهد انجام خواهد شد و اعلام می‌کنم که *گزاره‌برگ ویژه اشخاص* در رابطه با این آزمایش دردسترس من قرار گرفته است.
2. متوجه هستم که امکان دریافت آزمایش ازجانب دانش‌آموز نام‌برده به دردسترس بودن تجهیزات آزمایش بستگی دارد.
3. متوجه هستم نهادی که آزمایش را انجام می‌دهد به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمات پزشکی دانش‌آموز نام‌برده عمل نمی‌کند. آزمایش دادن جایگزینی برای درمان توسط ارائه‌دهنده خدمات پزشکی نیست. اگر نگرانی یا سؤالی داشته باشم، اگر علائم ابتلا به COVID-19 در دانش‌آموز نام‌برده بروز پیدا کند یا اگر وضعیت سلامت دانش‌آموز نام‌برده بدتر شود، تمام مسئولیت انجام دادن اقدامات مربوطه درخصوص نتایج آزمایش او، ازجمله دریافت مشاوره پزشکی، مراقبت، و درمان از ارائه‌دهنده خدمات پزشکی یا هرگونه نهاد بهداشت و درمان دیگری کاملاً برعهده من است.
4. متوجه هستم که (در رابطه با هرگونه آزمایش پزشکی) احتمال نتیجه مثبت اشتباه یا منفی اشتباه درخصوص آزمایش COVID-19 وجود دارد.
5. متوجه هستم که نسخه‌ای از نتیجه مثبت آزمایش ازطرف من برای ارائه‌دهنده خدمات بهداشت و درمان دانش‌آموز نام‌برده ارسال نخواهد شد و مسئولیت مطلع کردن ارائه‌دهنده خدمات بهداشت و درمان دانش‌آموز نام‌برده برعهده من است.
6. متوجه هستم که نتیجه آزمایش پادگن ظرف 15 تا 30 دقیقه دردسترس خواهد بود.
7. متوجه هستم و اعلام می‌کنم که نتیجه مثبت آزمایش پادگن نشانگر این است که دانش‌آموز نام‌برده باید برای جلوگیری از آلوده کردن دیگران خودش را جداسازی کند.
8. هدف، روندها، مزایا و خطرات احتمالی این آزمایش به من اطلاع داده شده است. این فرصت را خواهم داشت

تا پیش از انجام دادن آزمایش COVID-19، سؤالاتم را بپرسم. متوجه هستم که درصورت عدم تمایل به ادامه آزمایش تشخیص COVID-19 ازجانب دانش‌آموز نام‌برده، می‌توانم این آزمایش را نپذیرم.

1. متوجه هستم که برای حفظ ایمنی و سلامت عمومی و کنترل کردن شیوع COVID-19، ممکن است نتایج آزمایش

بدون اجازه شخصی من اشتراگ‌گذاری شود.

1. متوجه هستم که نتایج آزمایش مطابق قانون دراختیار مراجع بهداشت عمومی مربوطه قرار خواهد گرفت.
2. متوجه هستم که می‌توانم رضایتم را برای گرفتن آزمایش، هروقت که بخواهم پیش از اجرای آن، پس بگیرم.

**اجازه/رضایت برای آزمایش COVID-19**

* اجازه و رضایتم را برای گرفتن آزمایش COVID-19 از دانش‌آموز نام‌برده اعلام می‌کنم.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

امضای ولی/سرپرست تاریخ

* رضایتم را برای گرفتن آزمایش COVID-19 اعلام می‌کنم.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

امضای دانش‌آموز (18 سال یا بالاتر) تاریخ