**نموذج موافقة على اختبار المستضدات السريع لفيروس كوفيد-19**

|  |
| --- |
| اسم الطالب: |
| تاريخ ميلاد الطالب: |
| المدرسة: |
| اسم الوالد/الوصيّ: |
| عنوان المنزل: |
| رقم الهاتف: |

**يُرجى قراءة إخطار الموافقة المستنيرة التالي والتوقيع على الإذن بإجراء اختبار كوفيد-19.**

1. أدرك أن اختبار كوفيد-19 الخاص بالطالب المذكور أعلاه سوف يُجرَى من خلال ***<insert name of test>***، والذي تُقدِّمه Washington State Department of Health (وزارة الصحة في ولاية واشنطن) وأقر بأن *ورقة الحقائق المُخصَّصة للأفراد* الخاصة بالاختبار قد تم توفيرها ليّ.
2. أدرك أن قدرة الطالب المذكور أعلاه على تلقيّ الاختبار محدودة بمدى توفر مستلزمات الاختبار.
3. أدرك أن الكيان القائم بالاختبار لا يؤدي دوره بصفته مُقدِّم خدمة الرعاية الطبية المعني بالطالب المذكور أعلاه. ولا يُغني الاختبار عن العلاج الذي يُقدِّمه مُقدِّم خدمة الرعاية الطبية. أتحمّل المسؤولية الكاملة عن اتخاذ أي إجراء مناسب فيما يتعلق بنتائج الاختبار، بما في ذلك طلب المشورة الطبية، والرعاية، والعلاج من أحد مُقدِّمي خدمة الرعاية الطبية أو أحد كيانات الرعاية الصحية الأخرى إذا كانت لدي أي تساؤلات أو مخاوف، أو في حالة ظهور أعراض الإصابة بكوفيد-19 على الطالب المذكور أعلاه، أو في حالة تفاقم حالته.
4. أدرك أن هناك احتمالاً، كما هي الحال بالنسبة إلى أي اختبار طبي، أن تكون نتيجة اختبار كوفيد-19 بإصابة إيجابية أو سلبية خاطئة.
5. أدرك أنني مسؤول عن إبلاغ مُقدِّم خدمة الرعاية الطبية المعني بالطالب المذكور أعلاه بنتيجة الاختبار الإيجابية، وأنه لن تُرسَل نسخة إلى مُقدِّم خدمة الرعاية الطبية المعني بالطالب المذكور أعلاه نيابة عني.
6. أدرك أن نتيجة اختبار المستضدات ستكون متاحة خلال فترة تتراوح بين 15 و30 دقيقة.
7. أدرك وأقرّ بأن النتيجة الإيجابية لاختبار المستضدات تشير إلى أن الطالب المذكور أعلاه بحاجة إلى العزل الذاتي لتجنُّب نقل العدوى إلى الآخرين.
8. أُبلِغتُ بالغرض من الاختبار، وإجراءاته، ومخاطره وفوائده المحتملة. ستتاح لي

فرصة طرح الأسئلة قبل مباشرة إجراء اختبار كوفيد-19. أدرك أنه في حالة عدم رغبتي في مواصلة الطالب المذكور أعلاه إجراء الاختبار التشخيصي لفيروس كوفيد-19، يجوز ليّ رفض إجراء الاختبار.

1. أدرك أنه، ضمانًا للصحة والسلامة العامة وللسيطرة على تفشيّ فيروس كوفيد-19، يجوز مشاركة نتائج الاختبار

بدون الحصول على إذني.

1. أدرك أن نتائج الاختبار سيتم الإفصاح عنها إلى سلطات الصحة العامة المعنية وفقًا للقانون.
2. أدرك أنه يجوز لي سحب موافقتي على إجراء الاختبار في أي وقت قبل إجرائه.

**التفويض/الموافقة على إجراء اختبار كوفيد-19**

* أوافق على خضوع الطالب المذكور أعلاه لاختبار كوفيد-19.

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

توقيع الوالد/الوصيّ التاريخ

* أوافق على الخضوع لاختبار كوفيد-19.

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

توقيع الطالب (18 عامًا أو أكبر) التاريخ