**COVID-19 抗原快速檢測同意書**

|  |
| --- |
| 學生姓名： |
| 學生出生日期： |
| 就讀學校： |
| 家長/監護人姓名： |
| 家庭住址： |
| 電話號碼： |

**請仔細閱讀以下知情同意書，簽署並授權接受 COVID-19 檢測。**

1. 本人知曉上述學生的 COVID-19 檢測將使用由 Washington State Department of Health（華盛頓州衛生部）提供的 **<insert name of test>** 來進行，我承認已向我提供了有關檢測的*個人情況說明書*。
2. 本人知曉上述學生是否能接受檢測取決於檢測用品的供應情況。
3. 本人知曉提供檢測的單位並不能作為上述學生的醫療服務提供方。而且檢測並不能取代醫療服務提供方所提供的治療。若本人有任何的疑問或顧慮，或者上述學生出現 COVID-19 症狀或上述學生病情惡化，本人對針對檢測結果所採取的適當措施承擔完全且全部的責任，上述適當措施包括從醫療服務提供方或其他醫療護理單位尋求醫療建議、護理或治療等。
4. 本人明白 COVID-19 檢測結果與任何醫學檢測一樣，都有可能出現假陽性或假陰性。
5. 本人明白本人有責任將陽性檢測結果通知上述學生的醫療服務提供方，檢測方不會替本人將陽性檢測報告的副本發送給上述學生的醫療服務提供方。
6. 本人明白抗原檢測結果會在 15-30 分鐘後出來。
7. 本人明白並確認，如果上述學生的抗原檢測呈陽性，說明該生需要自我隔離，以免傳染他人。
8. 本人已被告知檢測的目的、流程以及潛在的風險和好處。本人擁有在進行 COVID-19 檢測前提出問題的機會。同時本人明白，如果不希望上述學生繼續進行 COVID-19 診斷檢測，本人可以拒絕檢測。
9. 本人明白為確保公共衛生和安全、控制 COVID-19 的傳播，檢測結果資訊可能會在未經本人個人授權的情況下分享。
10. 本人明白檢測結果將會按照法律要求披露給適當的公共衛生管理部門。
11. 本人已知曉，在檢測進行之前，本人可以在任何時候撤回針對該檢測的同意函。

**授權/同意進行 COVID-19 檢測**

* 本人同意授權上述學生接受 COVID-19 檢測。

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

家長/監護人簽名 日期

* 本人同意接受 COVID-19 檢測。

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

學生（年滿 18 歲）簽名 日期