**แบบฟอร์มการยินยอมให้ตรวจหาแอนติเจนสำหรับเชื้อโควิด-19 อย่างรวดเร็ว**

|  |
| --- |
| ชื่อนักเรียน: |
| วันเกิดของนักเรียน: |
| โรงเรียน: |
| ชื่อพ่อแม่/ผู้ปกครอง: |
| ที่อยู่บ้าน: |
| หมายเลขโทรศัพท์: |

**โปรดอ่านประกาศการยินยอมที่แจ้งต่อไปนี้อย่างละเอียดและลงนามในใบอนุญาตเพื่อตรวจหาเชื้อโควิด-19**

1. ฉันเข้าใจว่าการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ของนักเรียนที่มีรายชื่อข้างต้นจะดำเนินการผ่าน <insert name of test> ที่จัดทำโดย Washington State, Department of Health (กรมอนามัยของรัฐวอชิงตัน) และรับทราบว่า*เอกสารข้อเท็จจริงสำหรับบุคคล*สำหรับการตรวจหาเชื้อได้จัดเตรียมไว้ให้ฉันแล้ว
2. ฉันเข้าใจดีว่าความสามารถของนักเรียนที่มีรายชื่อข้างต้นเพื่อรับการตรวจหาเชื้อนั้นมีจำกัดตามความพร้อมของอุปกรณ์ทดสอบ
3. ฉันเข้าใจว่าหน่วยงานที่ทำการตรวจหาเชื้อไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ของนักเรียนที่มีรายชื่อข้างต้น การตรวจหาเชื้อไม่ได้แทนที่การรักษาโดยผู้ให้บริการทางการแพทย์ ฉันรับผิดชอบอย่างเต็มที่ในการดำเนินการที่เหมาะสมเกี่ยวกับผลการตรวจหาเชื้อ รวมถึงการขอคำแนะนำทางการแพทย์ การดูแล และการรักษาจากผู้ให้บริการทางการแพทย์หรือหน่วยงานด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ หากฉันมีคำถามหรือข้อกังวล หากนักเรียนที่มีรายชื่อข้างต้นมีอาการของโรคโควิด-19 หรือหากอาการของนักเรียนที่มีรายชื่อข้างต้นแย่ลง
4. ฉันเข้าใจว่ามีความเป็นไปได้ที่ผลการตรวจหาเชื้อโควิด-19 จะเป็นผลบวกปลอมหรือผลลบปลอม เช่นเดียวกับการทดสอบทางการแพทย์อื่นๆ
5. ฉันเข้าใจว่าเป็นความรับผิดชอบของฉันที่จะต้องแจ้งให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของนักเรียนที่มีรายชื่อข้างต้นทราบถึงผลการทดสอบที่เป็นบวก และสำเนาจะไม่ถูกส่งไปยังผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของนักเรียนที่มีรายชื่อข้างต้นสำหรับฉัน
6. ฉันเข้าใจว่าผลการตรวจหาแอนติเจนจะพร้อมใช้งานได้ใน 15-30 นาที
7. ฉันเข้าใจและรับทราบว่าผลการตรวจหาแอนติเจนที่เป็นบวกเป็นตัวบ่งชี้ว่านักเรียนที่มีรายชื่อข้างต้นจำเป็นต้องแยกตัวเองเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้แพร่เชื้อต่อผู้อื่น
8. ฉันได้รับแจ้งวัตถุประสงค์ในการตรวจหาเชื้อ ขั้นตอน และความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นแล้ว ฉันจะมี

โอกาสถามคำถามก่อนดำเนินการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ฉันเข้าใจว่าหากฉันไม่ต้องการให้นักเรียนที่มีรายชื่อข้างต้นทำการตรวจวินิจฉัยสำหรับเชื้อโควิด-19 ต่อ ฉันอาจปฏิเสธการตรวจหาเชื้อได้

1. ฉันเข้าใจว่าเพื่อให้มั่นใจในสาธารณสุขและความปลอดภัย และเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 อาจมี

การแบ่งปันผลการตรวจหาเชื้อโดยไม่ได้รับอนุญาตจากฉัน

1. ฉันเข้าใจว่าผลการทดสอบจะได้รับการเปิดเผยต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมตามที่กฎหมายกำหนด
2. ฉันเข้าใจว่าฉันอาจเพิกถอนการยินยอมในการตรวจหาเชื้อเมื่อใดก็ได้ก่อนที่จะดำเนินการ

**การอนุญาต/การยินยอมในการตรวจหาเชื้อสำหรับโควิด-19**

* ฉันยินยอมให้นักเรียนที่มีรายชื่อข้างต้นทำการตรวจหาเชื้อโควิด-19

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

ลงลายมือชื่อของพ่อแม่/ผู้ปกครอง วันที่

* ฉันยินยอมให้ทำการตรวจหาเชื้อโควิด-19

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

ลงลายมือชื่อนักเรียน (อายุ 18 ปีขึ้นไป) วันที่