

## نموذج الموافقة المستنيرة لاختبار COVID بمنطقة JCPS التعليمية - (الوالد/الوصي أو الطالب البالغ من العمر 18 عاماً أو أكثر)

تقيم منطقة Jefferson County Public Schools (JCPS) شركات مع عدد من المختبرات ومقدمي الخدمات الآخرين لإجراء اختبارات للطلاب والموظفين للكشف عن عدوى فيروس COVID-19.

ستخضع أنت (إذا كنت طالباً في منطقة JCPS التعليمية وتبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر) أو طفلك لاختبار مجاني لفيروس COVID-19 إذا وافقت على ذلك. وسيضمن الاختبار استخدام مسحة، مثل مسحة Q-Tip، توضع داخل طرف الأنف، أو جمع اللعاب من الفم. وسيتولى الموظفون الذين تم تدريبهم على استخدام هذه الاختبارات عملية جمع العينات.

- ستكون نتائج الاختبار متاحة للوالد/الوصي أو الطالب البالغ من العمر 18 عاماً أو أكثر والذي يوقع على الموافقة الواردة أدناه. وسيتم إرسال النتائج عبر رسالة نصية و/ أو رسالة بريد إلكتروني.
- يتم الإبلاغ عن نتائج الاختبار إلى الإدارات الصحية الولائية والمحلية وفقاً لما يقتضيه القانون أثناء هذه الجائحة.
- إن هذا البرنامج **اختياري تماماً** للطلاب، على الرغم من أننا نأمل منك أن تختار إجراء الاختبار لتساعد على الحفاظ على صحة الأطفال والموظفين وسلامتهم قدر الإمكان.
- يتم إجراء الاختبارات جنباً إلى جنب بروتوكولات السلامة الحالية مثل ارتداء الكمامات والتباعد الاجتماعي ونظافة اليدين والتنظيف.

### ماذا عليّ أن أفعل عندما أتلقى نتائج اختبار طفلي؟

إذا كانت نتيجة اختبارك أنت أو طفلك للفيروس إيجابية، فستنتقل أنت أو طفلك إلى غرفة بعيدة عن الطلاب والموظفين الآخرين حتى تتمكن من المغادرة، أو حتى يتم استلام طفلك. ونطلب منك أنت أو طفلك البقاء في المنزل حتى انتهاء فترة الإصابة (التي تنتهي عادةً بعد تحسّن الأعراض وبعد 10 أيام على الأقل من تاريخ ظهور الأعراض لأول مرة) ولم تعد أنت أو طفلك معدياً. وسيتم إبلاغك بهذه التواريخ من قبل الموظفين الذين يتتبعون مخالطي المرضى. وإذا كانت نتائج اختبارك أنت أو طفلك سلبية، يمكنك أنت أو طفلك الاستمرار في الذهاب إلى المدرسة دون انقطاع. ويرجى العلم بأنه في حالات قليلة، قد تكون نتائج الاختبارات غير صحيحة - وتظهر نتائج سلبية (تسمى "النتائج السلبية غير الصحيحة") في أشخاص مصابين بالفعل بفيروس COVID-19 أو تظهر نتائج إيجابية (تسمى "النتائج الإيجابية غير الصحيحة") في أشخاص غير مصابين بفيروس COVID-19.

وإذا كانت نتيجة اختبارك أنت/طفلك سلبية، ورغم ذلك تظهر عليك/عليه أعراض COVID-19، أو إذا كانت لديك مخاوف بشأن تعرضك أنت/طفلك لفيروس COVID-19، فيجب عليك الاتصال بمقدم الرعاية الصحية المتابع لك/طفلك، أو بالإدارة الصحية، أو بالخط الساخن المخصص من قبل الولاية لفيروس COVID-19 على رقم 722-5725 (800).

### الأعراض المعروفة

يعاني الأشخاص المصابون بفيروس COVID-19 من مجموعة كبيرة من الأعراض المبلغ عنها - والتي تتراوح من أعراض خفيفة إلى مرض شديد. وقد تظهر الأعراض بعد مدة تتراوح من يومين إلى 14 يوماً من التعرض للفيروس. وتشمل هذه الأعراض ما يلي:

- الحمى (ارتفاع الحرارة أكثر من 100.4 درجة فهرنهايت) أو القشعريرة
- السعال الجديد الذي لا يمكن التحكم فيه
- ضيق التنفس أو صعوبة التنفس الجديد
- التعب
- آلام العضلات أو الجسم (ليس بسبب إجهاد العضلات)
- الصداع
- فقدان حاستي التذوق أو الشم حديثاً
- التهاب الحلق
- احتقان أو سيلان الأنف
- الغثيان أو القيء
- الاسهال

هذه القائمة لا تشمل جميع الأعراض المحتملة.

## إخلاء مسؤولية

يُرجى تَفهُمُ أنه لا يتحمل مسؤول الاختبار ولا منطقة JCPS التعليمية المسؤولية عن أي حادث أو إصابات قد تحدث نتيجة الموافقة على الاختبار.

يُستكمل من قبل الوالد أو الوصي أو الطالب البالغ	
معلومات الوالد/الوصي	
اسم الوالد/الوصي مطبوعاً:	
رقم الهاتف المحمول للوالد/الوصي ملحوظة: قد تُرسل النتائج إلى رقم الهاتف المحمول هذا	
عنوان البريد الإلكتروني للوالد/الوصي:	
يُرجى اختيار الطريقة التي تريد أن يتم إخطارك من خلالها بالنتائج: عن طريق الهاتف المحمول ____ البريد الإلكتروني ____ كلاهما ____	
معلومات الطفل/الطالب	
اسم الطالب/الطفل مطبوعاً:	
عنوان الشارع:	
المدينة	
الولاية/الرمز البريدي	
تاريخ الميلاد:	
العرق/الإثنية (ضع دائرة حول إجابة واحدة)	إسباني/لاتيني هنوي أحمر أو أحد سكان ألاسكا الأصليين آسيوي زنجي أو أمريكي من أصل أفريقي أحد سكان هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادئ الأخرين أبيض عرقان اثنان أو أكثر
الجنس	ذكر أنثى غير ذلك
اسم المدرسة:	
الموافقة	
بتوقيعي أدناه، أشهد أنني:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>أفوض منطقة JCPS التعليمية وأي جهة اختبارات تقييم شراكة معها، لأخذ عينة مني أو من طفلي وإجراء اختبار لي أو له (إذا كان عمره 18 عاماً أو أكثر) لفيروس COVID-19 عن طريق مسحة الأنف أو الفم.</li> <li>أقر بأن نتيجة الاختبار الإيجابية تشير إلى أنني يجب أن أعزل نفسي أو أنّ طفلي (إذا كان عمره 18 عاماً أو أكثر) يجب</li> </ul>	

- أن يعزل نفسه وفقاً للتوجيهات لتجنب إصابة الآخرين.
  - أدرك أن جهة الاختبارات ومنطقة JCPS التعليمية ليست مقدم الخدمات الطبية المتابع لحالتي/لحالة طفلي، وأن هذا الاختبار لا يحل محل العلاج المقدم من مقدم الخدمات الطبية المتابع لحالتي/لحالة طفلي، وأني أتحمّل المسؤولية التامة والكاملة لاتخاذ الإجراء المناسب فيما يتعلق بنتائج اختباري أو اختبار طفلي.
  - أوافق على أنني سأطلب المشورة الطبية والرعاية والعلاج من مقدم الخدمات الطبية المتابع لحالتي/لحالة طفلي إذا كانت لدي أسئلة أو استفسارات أو إذا ساءت حالتي/حالته.
  - أدرك أن هناك، كما هو الحال مع أي اختبار طبي، احتمال لوجود نتيجة اختبار COVID-19 إيجابية أو سلبية كاذبة.
  - أدرك أنه ستنتم مشاركة نتائج اختباري/اختبار طفلي مع الإدارات الصحية الولائية والمحلية ومنطقة JCPS التعليمية وأي كيان حكومي آخر وفقاً لما يقتضيه القانون. وأوافق على هذه المشاركة.
  - إذا كنت طالباً يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر، فإنني أدرك أن JCPS قد تشارك نتائج اختباري مع والديّ، وأفوض JCPS لإصدار نتائج اختباري إلى والديّ المذكورين في سجلاتي التعليمية المحفوظة في ملف في مدرستي.
- أبلغتُ أنا، الموقع أدناه، بغرض الاختبار، والإجراءات، والفوائد والمخاطر المحتملة، وقد تلقيت نسخة من هذه الموافقة المستنيرة. وقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة قبل التوقيع، وقيل لي أنه يمكنني طرح أسئلة إضافية في أي وقت. وأدرك أنه يمكنني إلغاء موافقتي على المزيد من الاختبارات عن طريق إرسال إشعار كتابي إلى المدرسة. وأوافق طواعية على اختبار فيروس COVID-19 هذا.

\*إذا كانت لديك أسئلة حول برنامج الاختبار قبل التوقيع، يرجى الاتصال بإدارة الخدمات الصحية (Health Services) على رقم 485-3387

توقيع الوالد/الوصي أو الطالب الذي يزيد عمره عن 18 عاماً:	
صلة القرابة بالطالب:	
التاريخ:	