

## نموذج موافقة الطالب على الاختبار الاختياري للكشف عن كوفيد - 19

يُستكمل من قبل الوالد(ة) / الوصي(ة)

بيانات الوالد(ة) / الوصي(ة)

لن يتم إخطارك بنتائج فحص السلامة الروتيني من كوفيد - 19 (المشار إليه سابقاً باسم «اختبار المجموعة») ، لكن سيتم إخطارك بنتائج الاختبارات الفردية إما عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني.

- إذا كانت نتيجة اختبار طالبك على كوفيد - 19 إيجابية في الـ 90 يوماً الماضية، يجب ألا يشارك بعد في اختبار كوفيد - 19 لتجنب نتائج إيجابية زائفة.
- نشجع بشدة الأفراد غير الملقحين على المشاركة في فحوصات السلامة الروتينية من فيروس كوفيد.
- قد يشارك الأفراد الملقحين في فحوصات السلامة الروتينية من فيروس كوفيد.

الوالد (ة) / الوصي (ة) الاسم المطبوع:	
الوالد (ة) / الوصي (ة) / رقم الهاتف الخلوي / المحمول: ملحوظة: سترسل النتائج إلى رقم هذا الهاتف الخلوي	
الوالد (ة) / الوصي (ة) عنوان البريد الإلكتروني:	

### بيانات الطفل / الطالب

الاسم المطبوع للطفل / الطالب:	Student ID#
مستوى الصف:	
تاريخ الولادة: (شهر / يوم / سنة)	
العنوان:	الرمز البريدي:
العرق (اختر واحداً):	<input type="checkbox"/> أمريكي هندي/أصلي من سكان ألاسكا <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود/أفريقي أمريكي <input type="checkbox"/> أصلي من سكان هاواي/ من سكان جزر المحيط الهادي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإفصاح
الاثنية (اختر واحدة):	النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> مغاير الهوية الجنسية <input type="checkbox"/> إسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> لا إسباني ولا لاتيني <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإفصاح
موافقة الانسحاب:	<input type="checkbox"/> نعم، أوافق على مشاركة الطالب في اختبار كوفيد-19 (من فضلك، اقرأ ووقع النموذج أدناه) <input type="checkbox"/> لا، لا أوافق على مشاركة الطالب في اختبار كوفيد - 19. (لا تحتاج اتخاذ مزيد من الإجراءات)

### الموافقة

من خلال إكمال هذا النموذج وإرساله، أقر أنني الوالد أو الوصي الحقيقي أو الفرد المخول قانوناً لتقديم الموافقة و:

- أ. أرخص بجمع عينة من الطالب واختبارها للكشف عن كوفيد - 19 في المدرسة ، سواء في اختبار فردي (على سبيل المثال، اختبار المستضد الفردي أو اختبار تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR)) أو لفحص السلامة الروتيني من كوفيد (اختبار المجموعة). أوافق من خلال التوقيع على هذا النموذج على إعمال أي من طرق الاختبار التالية على طابقي. أدرك أن مدرسة طابقي ستحدد طرق الاختبار التي ستجرى عليه وستبلغني بالخدمات التي تقدمها المدرسة قبل بدء برنامج اختبار كوفيد - 19 الخاص بالمدرسة أو أي تغيير فيه. مزيد من التفاصيل حول أنواع الاختبارات في الملحق أ.
  - i. اختبار فردي للأفراد الذين تظهر عليهم الأعراض: عندما تظهر الأعراض على الأفراد أثناء تواجدهم في المدرسة
  - ii. اختبار فردي على المخالطين المقربين (اختبار وبقاء (Test and Stay)): يختبر المخالطون المقربون بدون أعراض يوميًا لمدة خمسة (5) أيام على الأقل بدءًا من اليوم الأول للتعرض، مع السماح للأفراد الذين جاءت اختباراتهم سلبية بالبقاء في المدرسة
  - iii. فحص السلامة الروتيني للكشف عن كوفيد - 19 (المشار إليه سابقاً باسم «اختبار المجموعة»): الاختبار الروتيني من خلال جمع مجموعة من العينات وإجراء اختبار على المجموعة، بغرض النجاعة، مع إجراء اختبارات فردية إما على نفس العينات الفردية في المختبر أو على عينات جديدة من أفراد المجموعة.
- ب. أدرك أن جميع أنواع العينات ستكون عبارة عن مسحات أنف قصيرة أو عينات لعاب غير جراحية.
- ج. أدرك أن فحص السلامة الروتيني للكشف عن كوفيد - 19 (المشار إليه سابقاً باسم «اختبار المجموعة») قد يفرز نتائج فردية، وأن نتائج طابقي الفردية في فحص السلامة قد لا تتم مشاركتها معي. ومع ذلك ، أدرك وأوافق على أنه يمكن إدخال البيانات الصحية الشخصية لطابقي ومعلومات تعريف الشخصية من سجلات التمدرس في المنصة التكنولوجية لمزود الاختبار للمساعدة في تعقب اختبار فحص السلامة وتحديد الأفراد الذين يحتاجون إلى اختبار متابعة فردي.
- د. أدرك أنه سيتم إخطاري بنتائج أي اختبار فردي للكشف عن كوفيد - 19 يتم إجراؤه على طابقي .

- هـ. أدرك أن هناك احتمالاً لتكون نتيجة اختبار كوفيد - 19 إيجابية زائفة أو سلبية زائفة، بغض النظر عن نوع الاختبار الذي يتم إجراؤه. أدرك، بالنظر إلى احتمالية نتيجة سلبية زائفة، أنه يتعين على طالبي الاستمرار في اتباع جميع إرشادات السلامة الخاصة بكوفيد - 19 واتباع بروتوكولات المدرسة المتعلقة بالعزل والاختبار في حالة ظهور أعراض كوفيد - 19 على الطالب.
- و. أدرك أن الموظفين الذين يديرون جميع اختبارات كوفيد- 19 قد تلقوا تدريبات على الاجراء الآمن والسليم للاختبار. أوافق على أن من يجري الاختبار ومدارس كامبردج العمومية ووكلائها ومسؤوليها وموظفيها ورعاة المنظمة غير مسؤولين عن أي حادث أو إصابات قد تحدث جراء المشاركة في برنامج اختبار كوفيد -19.
- ز. أدرك أنه يتعين على طالبي البقاء في البيت في حالة شعوره باعتلال في صحته. أقر بأن نتيجة اختبار فردي إيجابية تشكل إشارة إلى أنه يتعين على الطالب البقاء في البيت بعيداً عن المدرسة وأن يلتزم بعزل ذاتي وأن يستمر في ارتداء قناع أو غطاء للوجه حسب التوجيهات لتجنب إصابة الآخرين.
- ح. أدرك أن نظام المدرسة ليس مزوداً طبيياً لطالبي وأن هذا الاختبار لا يعوض العلاج الذي يقدمه مزود الخدمات الطبية لطالبي، و أتحمّل المسؤولية الكاملة والتامة في اتخاذ الإجراء المناسب فيما يتعلق بنتائج اختبار طالبي. أوافق على أنني سأطلب المشورة الطبية والرعاية والعلاج من مقدم الخدمات الطبية لطالبي إذا كانت لدي أسئلة أو مخاوف أو إذا ساءت حالته. أدرك أنني مسؤول ماليًا عن أي رعاية يتلقاها الطالب من مقدم الرعاية الصحية الخاص به.
- ط. أدرك أن اختبار كوفيد - 19 قد ينشئ معلومات صحية محمية ( PHI) وغيرها من بيانات تعريف الشخصية للطالب، و أنه لن يتم الولوج إلى هذه المعلومات واستخدامها والإفصاح عنها إلا وفقاً لقانون إخضاع التأمين الصحي لقبالية النقل والمساءلة (HIPAA) والقوانين المعمول بها. بموجب (3) (c) 45 CFR 164.524، أرخص وأوجه مزود الاختبار لنقل هذه المعلومات الصحية المحمية (PHI) لمدرسة طالبي وإدارة الصحة العامة في ماساتشوستس والمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية في ماساتشوستس ومختبر الاختبار. أدرك كذلك أنه قد يتم الكشف عن المعلومات الصحية المحمية للمكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية وأي طرف آخر، كما هو مسموح به بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقبالية النقل والمساءلة (HIPAA).
- ي. أدرك أن المشاركة في اختبار كوفيد - 19 قد تتطلب من المدرسة الكشف عن هوية الطالب والبيانات السكانية ومعلومات الاتصال الخاصة به من سجلات التمدريس لمزود الاختبار وقد تتطلب من المدرسة الكشف عن هوية الطالب والبيانات السكانية ومعلومات الاتصال الخاصة به من سجلات التمدريس لإدارة الصحة العامة في ماساتشوستس. ،أرخص بموجب FERPA، 34 CFR 99.30 مدرستي بالكشف عن معلومات تعريف الشخصية (PII) كما هو مطلوب من طالبي للمشاركة في اختبار كوفيد - 19.
- ك. أدرك أن الترخيص بإجراء اختبارات كوفيد - 19 على طالبي أمر اختياري وأنه يمكنني رفض منح هذا الترخيص، وفي هذه الحالة، لن يتم اختبار طالبي.
- ل. أدرك أنه يمكنني تغيير رأيي وإلغاء هذا الإذن في أي وقت، وأن هذا الإلغاء ذي طبيعة تطلعية فقط ولن يؤثر على المعلومات التي تم إصدارها سابقاً. لإلغاء هذا الإذن باختبار كوفيد - 19، أحتاج إلى الاتصال بمرمضة المدرسة.
- م. أرخص لمزود الاختبار / أو إدارة الصحة العامة في ماساتشوستس بمراقبة جوانب فيروس كوفيد - 19، مثل تعقب الطفرات الفيروسية من خلال تحليل العينة (العينات) الإيجابية لأغراض الأوبئة والصحة العامة. لن تكون نتائج هذه التحليلات قابلة للتعريف شخصياً ولن تنشئ معلومات تعريف الشخصية.
- قد تم إبلاغي أنا، الموقع أدناه، بالغرض من اختبار كوفيد -19 وبإجراءاته وبال فوائد والمخاطر المحتملة، وقد توصلت بنسخة من هذه الموافقة المستنيرة. أتاحت لي الفرصة لطرح الأسئلة قبل التوقيع وقيل لي أنه يمكنني طرح أسئلة إضافية في أي وقت. أوافق طواعية على إجراء هذا الاختبار على طالبي للكشف عن كوفيد - 19 .

التاريخ:

توقيع الوالد(ة) / الوصي(ة):

## الملحق أ: أنواع الاختبارات الممكنة

أوافق، من خلال التوقيع على هذا النموذج، على إعمال أي من طرق الاختبار التالية على طالبتي. أدرك أن مدرسة طالبتي ستحدد طرق الاختبار التي ستقدم لطالبتي وستبلغني بالخدمات التي تقدمها المدرسة قبل بدء برنامج اختبار كوفيد - 19 الخاص بالمدرسة أو بأي تغيير فيه.

### الاختبار الفردي:

**اختبار الأعراض:** (عندما تظهر الأعراض على الأفراد أثناء تواجدهم في المدرسة ؛ يتعين على الأشخاص الذين تظهر عليهم أعراض أثناء تواجدهم بالبيت ألا يلتحقوا بالمدرسة ) : يتم جمع عينات مسحة الأنف الضحلة في المدرسة باستخدام اختبار تشخيصي معتمد.

« اختبار وبقاء » (اختبار المخالط المقرب): يتم جمع عينات مسحة الأنف الضحلة في المدرسة باستخدام اختبار تشخيصي معتمد. تجرى الاختبارات يوميا من اليوم الأول للتعرض لمدة خمسة (5) أيام على الأقل، مع السماح للأفراد الذين تكون نتائجهم سلبية بالبقاء في المدرسة.

### فحص السلامة الروتيني من كوفيد:

لاحظ من فضلك أننا نستخدم الآن مصطلح « فحوصات السلامة الروتينية من كوفيد » لوصف ما كنا نسميه سابقا ب « اختبارات المجموعة ». اختبارات المتابعة هي اختبارات تشخيصية فردية تحدد الفرد (الأفراد) الإيجابي في فحص السلامة من كوفيد الإيجابي.

**فحص السلامة واختبار المتابعة في المدرسة:** يتم جمع عينات مسحة الأنف الضحلة في المدرسة ووضعها في أنبوب واحد (10 عينات في كل أنبوب كحد أقصى). إذا كانت نتيجة اختبار جماعي إيجابية، فإن اختبار المتابعة الفردي يتم في المدرسة مع جمع عينة ثانية باستخدام اختبار تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR) سريع و / أو فردي، حسب الضرورة.

**فحص السلامة واختبار المتابعة في المختبر:** يتم جمع عينات اللعاب أو مسحة الأنف الضحلة والاحتفاظ بها منفصلة قبل تجميعها في المختبر. إذا كانت نتيجة اختبار جماعي إيجابية ، يتم إجراء اختبار المتابعة الفردي في المختبر دون أخذ عينة ثانية.