

## نموذج الموافقة الاختيارية للطالب على إجراء اختبار كوفيد-19

يملأ بمعرفة ولي الأمر / الوصي

معلومات ولي الأمر / الوصي

- لن يتم إخطارك بنتائج اختبار السلامة الروتيني الخاص بفيروس كوفيد-19 (المعروف سابقاً باسم "الاختبار المجمع")، ولكن سيتم إخطارك بنتائج الاختبارات الفردية هاتفياً أو عبر البريد الإلكتروني.
- إذا كانت نتيجة اختبار كوفيد-19 الذي أجراه الطالب إيجابية خلال الـ 90 يوماً الماضية، فينبغي ألا يشارك في إجراء اختبار كوفيد-19 لتجنب النتائج الإيجابية الزائفة.
  - نحث الأفراد غير المحصنين بشدة على المشاركة في اختبارات السلامة الروتينية الخاصة بفيروس كوفيد-19.
  - يمكن للأفراد الذين تلقوا اللقاح المشاركة في اختبارات السلامة الروتينية الخاصة بفيروس كوفيد.

ولي الأمر / الوصي

الاسم بخط واضح وأحرف كبيرة

رقم هاتف / جوال ولي الأمر / الوصي:

تنبيه: سيتم إرسال النتائج إلى رقم الجوال المذكور

ولي الأمر / الوصي

البريد الإلكتروني:

معلومات الطفل / الطالب

اسم الطالب / الطفل:

الصف:

تاريخ الميلاد:

(شهر / يوم / سنة)

العنوان:

الرمز البريدي:

المدينة:

العرق (حدد خياراً واحداً):

- الهنود الأمريكيين / سكان ألاسكا الأصليين  آسيوي  أسود / أمريكي من أصل أفريقي  
 السكان الأصليون في هاواي / جزر المحيط الهادئ  أبيض  آخر  أفضل عدم الإجابة

الإثنية (حدد خياراً واحداً):

- من أصل هسباني أو لاتيني  
 ليس من أصل هسباني أو لاتيني  
 أفضل عدم الإجابة
- الجنس:  ذكر  متحول جنسياً  
 أنثى  أفضل عدم الإجابة

الموافقة / الانسحاب

- نعم، أوافق على مشاركة الطالب في اختبار كوفيد-19 (يرجى قراءة وتوقيع النموذج أدناه)  
 لا، لست موافقاً على مشاركة الطالب في اختبار كوفيد-19. (لا يلزم اتخاذ أي إجراء آخر)

الموافقة

أؤكد، من خلال ملء هذا النموذج وإرساله، أنني الوالد أو الوصي أو الفرد المخول قانوناً لتقديم الموافقة و:

أ. وأصرح بجمع عينة من الطالب وإجراء اختبار كوفيد-19 عليها في المدرسة، سواء كان ذلك لإجراء اختبار فردي (على سبيل المثال اختبار الأجسام المضادة الفردية أو اختبار PCR) أو ضمن اختبارات السلامة الروتينية الخاصة بفيروس كوفيد (الاختبار المجمع). كما أقر أن توقيعي على هذا النموذج يعني موافقتي على خضوع الطالب لأي من طرق الاختبار التالية. وأفهم أن مدرسة الطالب ستتولى تحديد طرق الاختبار التي ستوفرها للطالب وتبلغني بالخدمات التي تقدمها قبل بدء برنامجها لاختبار كوفيد-19 إضافةً لإبلاغي بأي تغيير يطرأ عليه. ويتضمن "الملحق أ" تفاصيل أكثر حول أنواع الفحوصات والاختبارات.

1. الاختبار الفردي للأفراد الذين تظهر عليهم الأعراض: عندما تظهر الأعراض على الأفراد أثناء تواجدهم في المدرسة
  2. الاختبار للمخالطين عن قرب (الاختبار مع استمرار الحضور): يتم إجراء اختبار للمخالطين عن قرب والذين لا تظهر عليهم أي أعراض يومياً ولمدة خمسة (5) أيام على الأقل من اليوم الأول للمخالطة، مع السماح للأفراد الذين تكون نتيجة اختباراتهم سلبية بمواصلة الحضور للمدرسة.
  3. اختبار السلامة الروتيني الخاص بفيروس كوفيد-19 (المعروف سابقاً باسم "الاختبار المجمع"): اختبار روتيني يتم عبر جمع مجموعة من العينات وإجراء اختبار على تلك المجموعة، إضافةً إلى إجراء اختبار فردي إما على نفس العينات الفردية في المختبر أو على عينات جديدة من أفراد المجموعة في حالة وجود نتيجة إيجابية.
- ب. أدرك أن جميع أنواع العينات ستكون عبارة عن مسحات غير جراحية ويتم أخذها من مقدمة الأنف أو اللعاب.

- ج. أفهم أن اختبار السلامة الروتيني الخاص بفيروس كوفيد-19 (المعروف سابقاً باسم الاختبار المجمع) قد ينتج عنه نتائج فردية، وأنه قد لا يتم إبلاغى بالنتائج الفردية لاختبار السلامة للطالب. ومع ذلك، أفهم وأوافق على أنه قد يتم إدخال المعلومات الصحية الشخصية للطالب وكذلك معلوماته التعريفية الشخصية من واقع السجلات التعليمية في المنصة التقنية لمزود خدمات الاختبار من أجل المساعدة في تتبع نتائج اختبارات السلامة وتحديد الأفراد الذين يحتاجون إلى اختبار متابعة بشكل فردي.
- د. أفهم أنه سيتم إخطاري بنتائج أي اختبار كوفيد-19 فردي يتم إجراؤه على الطالب.
- هـ. أدرك أن هناك احتمالاً قائماً بأن تكون نتيجة اختبار كوفيد-19 زائفة وغير دقيقة سواءً كانت إيجابية أو سلبية، بغض النظر عن نوع الاختبار الذي يتم إجراؤه. وفي ضوء احتمالية وجود نتائج سلبية زائفة، فإنني أفهم أنه ينبغي على الطالب الاستمرار في اتباع جميع إرشادات السلامة الخاصة بكوفيد-19، والالتزام بالبروتوكولات المدرسية للعزل والاختبار في حالة ظهور أعراض كوفيد-19 عليه.
- و. أفهم أن الموظفين الذين يتولون إدارة جميع اختبارات كوفيد-19 قد تلقوا تدريبات على الإدارة الآمنة والسليمة للاختبارات. وأوافق على إعفاء <<insert school or district name>> وأمنائها ومسؤوليها وموظفيها والرعاة المتعاملين معها من أي مسؤولية عن أي حادث أو إصابة قد تحدث نتيجة المشاركة في برنامج اختبارات كوفيد-19.
- ز. أفهم أنه يجب على الطالب الذي أمثله البقاء في المنزل إذا شعر بتوسعك ومرض. كما أقر أن نتيجة الاختبار الفردي الإيجابية هي مؤشر على وجوب بقاء الطالب في المنزل بعيداً عن المدرسة، وأن يبدأ عزلًا ذاتياً، ويستمر في ارتداء الكمامة أو غطاء للوجه وفقاً للإرشادات ذات الصلة لتفادي نقل العدوى إلى الآخرين.
- ح. أفهم أن النظام المدرسي لا يعتبر مزوداً للخدمات الطبية للطالب الذي أمثله، وهذا الاختبار لا يحل محل العلاج المناسب الموصوف من قبل مقدم الخدمات الطبية للطالب، وأنا أتحمّل المسؤولية الكاملة لاتخاذ الإجراء المناسب فيما يتعلق بنتائج اختبار كوفيد الذي يخص الطالب. كما أوافق على أنني سأطلب المشورة الطبية والرعاية والعلاج من مقدم الخدمات الطبية المتابع لحالة الطالب الذي أمثله إذا كانت لدي أي أسئلة أو مخاوف، أو إذا ساءت حالته. وأدرك أيضاً أنني مسؤول مالياً عن أي رعاية يتلقاها الطالب من مقدم الرعاية الصحية المتابع لحالته.
- ط. أفهم أن اختبار كوفيد-19 قد ينتج عنه معلومات صحية محمية (PHI) إلى جانب معلومات أخرى محددة للهوية الشخصية للطالب، ولن يتم السماح بالوصول إلى هذه المعلومات واستخدامها أو الإفصاح عنها إلا وفقاً لقانون إخضاع التأمين الصحي لقبالية النقل والمساءلة (HIPAA). وفقاً للفقرة 45 من مدونة القوانين الفيدرالية والفقرة المنظمة لوصول الأفراد إلى المعلومات الصحية المحمية [45 (3)(c) 164.524 CFR]، فإنني أفوض وأوجه مزود خدمات الاختبار بنقل هذه المعلومات الصحية المحمية إلى مدرسة الطالب، وإدارة الصحة العامة في ماساتشوستس، والمكتب الت
- ي. نفيذي للصحة والخدمات الإنسانية في ماساتشوستس، والمختبر الذي تولى إجراء الاختبار. أفهم أيضاً أنه قد يتم الكشف عن المعلومات الصحية المحمية للمكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية وأي طرف آخر، على النحو المصرح به بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقبالية النقل والمساءلة (HIPAA).
- ك. أفهم أن المشاركة في اختبار كوفيد-19 قد تتطلب من المدرسة أن تكشف عن هوية الطالب ومعلوماته السكنية ومعلومات الاتصال به من واقع السجلات التعليمية إلى مزود خدمات الاختبار، أفهم أن المشاركة قد تتطلب من المدرسة أن تكشف عن هوية الطالب ومعلوماته السكنية ومعلومات الاتصال به من واقع السجلات التعليمية إلى إدارة الصحة العامة في ماساتشوستس. وبموجب قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA) والفقرة 34 من مدونة القوانين الفيدرالية (CFR 99.30 34)، فإنني أفوض المدرسة بالكشف عن معلومات التعريف الشخصية (PII) على نحو ما تقتضيه مشاركة الطالب الذي أمثله في اختبار كوفيد-19.
- ل. أدرك أن الترخيص بإجراء اختبارات كوفيد-19 هذه للطالب الذي أمثله أمر اختياري وأنه يمكنني رفض منح هذا التفويض، وفي هذه الحالة، لن يتم إجراء أي اختبار للطالب.
- م. أفهم أنه يمكنني تغيير رأيي وإلغاء هذا الإذن في أي وقت، ولكن هذا الإلغاء لن يسري بأثر رجعي، بمعنى أنه لن يؤثر على المعلومات التي تم الإفصاح عنها مسبقاً. ولإلغاء هذا الإذن الخاصة بإجراء اختبارات كوفيد-19، يرجى التواصل مع XX.
- ن. أفوض مقدم خدمات الاختبار و/أو إدارة الصحة العامة في ماساتشوستس بمراقبة الجوانب المتعلقة بفيروس كوفيد-19، مثل تتبع الطفرات الفيروسية، من خلال تحليل العينة (العينات) ذات النتائج الإيجابية وذلك لأغراض مكافحة الأوبئة والحفاظ على الصحة العامة. مع الأخذ بالاعتبار أن نتائج هذه التحليلات ستكون خالية مما يكشف الهوية الشخصية لصاحبها ولن ينتج عنها معلومات تعريفية شخصية.
- أقر، أنا الموقع أدناه، أنه قد تم إبلاغى بالغرض من اختبار كوفيد-19 وإجراءاته والفوائد والمخاطر المحتملة منه، وقد تلقيت نسخة من هذه الموافقة المستنيرة. وقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة قبل التوقيع، وتم إبلاغى بأنه يمكنني طرح أسئلة إضافية في أي وقت لاحق. وأوافق طواعية على إجراء هذا الاختبار الخاص بفيروس كوفيد-19 للطالب الذي أمثله.

توقيع ولي الأمر / الوصي:

التاريخ:

## الملحق أ: أنواع الاختبارات المحتملة

أقر أن توقيعي على هذا النموذج يعني موافقتي على خضوع الطالب لأي من طرق الاختبار التالية. وأفهم أن مدرسة الطالب ستتولى تحديد طرق الاختبار التي ستوفرها للطالب وتبلغني بالخدمات التي تقدمها قبل بدء برنامجها لاختبار كوفيد-19 إضافةً لإبلاغي بأي تغيير يطرأ عليه.  
الاختبار الفردي:

*اختبار عند ظهور الأعراض:* (يتم إجراؤه عندما تظهر الأعراض على الأفراد أثناء تواجدهم في المدرسة؛ ويجب ألا يذهب أي شخص إلى المدرسة إذا ظهرت عليهم الأعراض أثناء وجودهم في المنزل): تؤخذ مسحة من مقدمة الأنف في المدرسة باستخدام اختبار تشخيصي معتمد.  
*الاختبار مع استمرار الحضور (اختبار حالات المخالطة):* تؤخذ مسحة من مقدمة الأنف في المدرسة باستخدام أداة تشخيصية معتمدة. تجرى الاختبارات يومياً من اليوم الأول للمخالطة ولمدة خمسة (5) أيام على الأقل، مع السماح للأفراد الذين تكون نتائج اختبارهم سلبية باستمرار الحضور إلى المدرسة.

### اختبار السلامة الروتيني الخاص بفيروس كوفيد:

يرجى ملاحظة أننا حالياً نستخدم مصطلح "اختبارات السلامة الروتينية الخاصة بفيروس كوفيد" بدلاً من الاسم السابق وهو "الاختبارات المجمعة". وبالنسبة لاختبارات المتابعة، فهي اختبارات تشخيصية فردية تحدد الفرد (الأفراد) الذين كانت نتائج اختباراتهم إيجابية ضمن اختبار السلامة الخاص بفيروس كوفيد.

*اختبار السلامة واختبار المتابعة في المدرسة:* تجمع مسحات من مقدمة الأنف في المدرسة ويتم وضعها في أنبوب واحد (بعد أقصى 10 عينات لكل أنبوب). إذا كانت نتيجة اختبار المجموعة إيجابية، يتم إجراء اختبار متابعة فردي مع جمع عينة ثانية في المدرسة مع إجراء اختبار PCR سريع و/أو فردي، حسب الحاجة.

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