

التاريخ: 14 ديسمبر 2020

، أعزائي أولياء الأمور ومقدمي الرعاية والأوصياء

عملنا عن كثب مع إدارة التعليم الابتدائي والثانوي ، COVID-19 شكرًا لك على شراكتك المستمرة خلال هذه السنة الدراسية غير المسبوقة. في محاولة لمنع انتشار سريعًا مجانًا للموظفين الذين يعانون من الأعراض COVID-19 لتقديم اختبار (DPH) وإدارة الصحة العامة في ماساتشوستس (DESE) في ماساتشوستس والطلاب يشاركون في أي نوع من التعليمات الشخصية.

الغرض من هذه الرسالة هو طلب الإذن منك لاختبار طفلك في حالة ظهور الأعراض عليه في المدرسة. بينما طلبنا من جميع الطلاب والموظفين المرضى البقاء في المنزل ، فقد يكون هناك أعضاء من مجتمع مدرستنا الذين تظهر عليهم الأعراض أولاً أثناء وجودهم في المدرسة. لن تؤدي القدرة على اختبار طفلك في المدرسة إلى تسريع النتائج فحسب ، وبالتالي تساعدك على تحديد الخطوات التالية لحماية الطالب وعائلتك ، ولكن أيضًا توفر بعض راحة البال بأن الاختبار متاح ويمكن أن تقدمه ممرضة إذا لزم الأمر ينشأ.

ويقدم النتائج في غضون 15 دقيقة. تم (FDA) من قبل إدارة الأغذية والعقاقير COVID-19 Rapid Antigen COVID-19 تم اعتماد الاختبار التشخيصي لـ تدريب طاقم التمريض في مدرستنا جيدًا على كيفية إجراء الاختبار باستخدام مسحة الأنف. ستتخذ ممرضة المدرسة قرار إجراء الاختبار ، وسيتم إخطارك عبر مكالمة هاتفية قبل اختبار طفلك.

سيتم إخطارك على الفور بنتائج الاختبار. إذا كانت نتيجة اختبار الطالب إيجابية ، فسيتم إرسال الطالب إلى المنزل ويجب عليه الحجر الصحي لمدة 10 أيام على الأقل وحتى مرور 24 ساعة على الأقل مع تحسن الأعراض وعدم وجود حمى ، دون استخدام أدوية خفض الحمى. إذا كان اختبار الطالب سلبيًا ، فقد يتم إرساله أيضًا إلى المنزل. بغض النظر عن نتيجة الاختبار ، سيتم إخطارك من قبل المدرسة بشأن الخطوات التالية التي يجب اتخاذها مع مقدم الرعاية الصحية. ستقوم مدارس ويبستر DESE العامة بالإبلاغ عن جميع نتائج الاختبارات إلى إدارة الصحة العامة ونتائج الاختبارات الإيجابية إلى وحدة مساعدة الاستجابة السريعة التابعة لـ

التشخيصي السريع للمستضد ، بما في ذلك السماح للمدرسة بمشاركة معلومات نتيجة الاختبار مع وزارة COVID-19 لمنح الإذن لطلابك بالمشاركة في اختبار الصحة العامة ومشروع منارة (منظمة غير ربحية تابعة لجهة خارجية تم التعاقد معها لتجميع الموافقة على الاختبار ومشاركة نتائج الاختبار) ، يرجى ملء قسيمة الإذن المرفقة بهذه الرسالة. يرجى إعادة هذا النموذج إلى ممرضة مدرستك في أقرب وقت ممكن.

في مدارس ويبستر العامة ، نحن ممتنون للغاية لموظفينا وعائلاتنا الملتزمين الذين يواصلون إظهار قدر كبير من المرونة والمرونة أثناء تنقلنا خلال هذا العام الدراسي. يتطلب الأمر منا جميعًا العمل معًا لاحتواء انتشار هذا الفيروس.

التشخيصي السريع للمستضد ، يرجى التواصل مع ممرضة مدرستك COVID-19 إذا كانت لديك أسئلة بخصوص اختبار

شكرًا لك

الدكتور روثان جوجين

**Webster Public Schools**  
**Bartlett High School - Webster Middle School - Park Ave Elementary School**

**اختبار مستند Abbott BinaxNOW - إذن ولي الأمر / الوصي للطالب ليتم اختباره**

من خلال إكمال هذا النموذج وإرساله ، أؤكد أنني الوالد / الوصي المناسب لتقديم الموافقة ، وأنني أفوض بإدارة اختبار مستند COVID-19 على تلميذي خلال ساعات المدرسة ، إذا لاحظ موظفو المدرسة الأعراض المتوافقة مع COVID-19 أو أعراض منعزلة (مثل سيلان الأنف المعزول أو الصداع المعزول أو آلام البطن المعزولة بدون حمى). أدرك أن ترخيص اختبار COVID-19 لطالبي هو أمر اختياري وأنه يمكنني رفض منح هذا التفويض ، وفي هذه الحالة ، لن يتم اختبار الطالب. أفهم كذلك أن الطالب يجب أن يبقى في المنزل إذا شعر بتوعلك.

**المعلومات الديموغرافية للطالب: يرجى الطباعة بوضوح!**

الاسم الأول للطالب:	
الاسم الأخير للطالب:	
الاسم الأوسط للطالب:	
الاسم الأخير للطالب: عنوان الطالب (الشارع ، المدينة ، الرمز البريدي)	
ما هو تاريخ ميلاد الطالب؟	
ما هو سباق الطالب؟ (اختر كل ما ينطبق)	<input type="checkbox"/> أمريكي هندي / من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود / أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> سكان هاواي الأصليون / جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> غير معروف
هل الطالب من أصل إسباني؟ (اختر واحدة)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
ما هو جنس الطالب؟ (اختر واحدة)	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> المتحولين جنسيا <input type="checkbox"/> غير معروف
هل الطالب معاق؟ (اختر واحدة)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ما هي اللغة الأساسية للطالب؟	

يرجى الاستمرار في ملء الجزء الخلفي من هذا النموذج →

الاسم الأول لولي الأمر / الوصي:	
اسم ولي الأمر / الوصي الأخير:	
عنوان ولي الأمر / الوصي (إذا كان مختلفاً عما ورد أعلاه):	
رقم هاتف الوالد / الوصي:	
عنوان البريد الإلكتروني للوالد / الوصي:	

**الموافقة ومشاركة البيانات (يرجى البدء أولاً):**

في حال أظهر تلميذي أعراض COVID-19 ، أفوض أحد المتخصصين الإداريين ، خلال ساعات الدراسة ، بإجراء اختبار مستضد Abbott BinaxNOW COVID-19 على الطالب. أدرك أنه سيتم تحميل نتائج اختبار الطالب الخاص بي إلى Project Beacon ، والذي سيشاركها مع إدارة الصحة العامة في ماساتشوستس وفقاً لقانون الولاية.

أفوض بالإفصاح عن معلومات الاتصال الخاصة بي إلى Project Beacon (مؤسسة طرف ثالث تم التعاقد معها لتجميع الموافقة للاختبار ومشاركة نتائج الاختبار). أدرك أنه إلى جانب نتائج الاختبار ، سيشارك Project Beacon معلومات الاتصال الخاصة بي مع DPH. أفهم أيضاً أنه يمكنني إنشاء ملف تعريف مستخدم في Project Beacon لإخطاري بإدارة الاختبار ونتائج الاختبار. أوافق على أنه إذا قمت بإنشاء ملف تعريف المستخدم هذا ، فسوف أستخدم فقط نظام Project Beacon لغرض الوصول إلى المعلومات ، بما في ذلك نتائج الاختبار ، التي يُسمح لي قانوناً بالوصول إليها.

**المفوض بالتوقيع:**

أفهم أنه يمكنني تغيير رأيي وإلغاء هذا الإذن في أي وقت ، لكن هذا الإلغاء هو تطلعي فقط ، ولن يؤثر على المعلومات التي سمحت بإصدارها بالفعل لإلغاء هذا الإذن لاختبار COVID-19 ، أحتاج إلى الاتصال بـ Project Beacon مباشرة على (617) 741-7310.

اسم ولي الأمر / الوصي (مطبوع)

الوصي

تاريخ توقيع ولي الأمر

**يرجى إعادة هذا النموذج الموقع إلى ممرضة مدرستك في أسرع وقت ممكن!**