

Biểu Mẫu Chấp Thuận Xét Nghiệm Kháng Nguyên COVID-19

Tên Học sinh:
Ngày sinh của Học sinh:
Trường học:
Tên Phụ huynh/Người giám hộ:
Địa chỉ nhà:
Số điện thoại:

Vui lòng đọc kỹ thông báo chấp thuận được thông tin sau đây và ký ủy quyền để xét nghiệm COVID-19.

- Tôi hiểu rằng xét nghiệm COVID-19 cho học sinh có tên ở trên sẽ được thực hiện bằng Abbott Laboratories BinaxNOW được cung cấp bởi Washington State Department of Health (Sở Y Tế Tiểu Bang Washington) và tôi xác nhận rằng *Tờ Thông Tin Dành Cho Cá Nhân* của xét nghiệm đã được gửi đến tôi.
- Tôi hiểu được rằng khả năng học sinh được nêu tên ở trên được xét nghiệm sẽ bị giới hạn theo số lượng sẵn có của bộ xét nghiệm được cung ứng.
- Tôi hiểu được rằng đơn vị thực hiện xét nghiệm này không đóng vai trò là nhà cung cấp dịch vụ y tế của học sinh được nêu tên ở trên. Xét nghiệm không nhằm thay thế điều trị của nhà cung cấp dịch vụ y tế. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm thực hiện những hành động thích hợp theo kết quả xét nghiệm, bao gồm tìm kiếm tư vấn, chăm sóc và điều trị y tế từ một nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc các đơn vị chăm sóc y tế khác nếu tôi có thắc mắc hoặc quan ngại, nếu học sinh được nêu tên ở trên có xuất hiện các triệu chứng nhiễm COVID-19, hoặc nếu tình trạng sức khỏe của học sinh được nêu tên ở trên trở nên xấu đi.
- Tôi hiểu rằng, như bất kỳ xét nghiệm y tế nào khác, có thể có khả năng kết quả xét nghiệm COVID-19 là dương tính giả hoặc âm tính giả.
- Tôi hiểu được rằng trách nhiệm của tôi là thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của học sinh được nêu tên ở trên về kết quả xét nghiệm dương tính, và sẽ không có bản sao kết quả được gửi đến nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của học sinh được nêu tên ở trên thay cho tôi.
- Tôi hiểu được rằng kết quả xét nghiệm kháng nguyên sẽ có trong vòng 15-30 phút.
- Tôi hiểu và xác nhận rằng kết quả xét nghiệm kháng nguyên dương tính là dấu hiệu cho thấy học sinh có tên ở trên cần tự cách ly để tránh lây nhiễm cho người khác.
- Tôi đã được thông báo về mục đích, thủ tục, và các nguy cơ có thể xảy ra và lợi ích của xét nghiệm. Tôi sẽ có cơ hội đặt câu hỏi trước khi tiến hành xét nghiệm COVID-19. Tôi hiểu rằng nếu tôi không muốn học sinh được nêu tên ở trên tiếp tục thực hiện xét nghiệm chẩn đoán COVID-19, tôi có thể từ chối xét nghiệm.
- Tôi hiểu rằng để đảm bảo y tế và an toàn cộng đồng và để kiểm soát sự lây lan của COVID-19, kết quả xét nghiệm có thể được chia sẻ mà không cần sự ủy quyền cá nhân của tôi.
- Tôi hiểu rằng kết quả xét nghiệm sẽ được tiết lộ cho các cơ quan y tế công cộng phù hợp theo yêu cầu của luật.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự chấp thuận cho xét nghiệm của tôi vào bất cứ lúc nào trước khi xét nghiệm được thực hiện.

ỦY QUYỀN/CHẤP THUẬN XÉT NGHIỆM COVID-19

- Tôi chấp thuận ủy quyền cho học sinh được nêu tên ở trên được thực hiện xét nghiệm COVID-19.

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ

Ngày

- Tôi chấp thuận cho xét nghiệm COVID-19.

Chữ ký của Học sinh (18 tuổi trở lên)

Ngày