

Đơn Chấp Thuận Xét Nghiệm COVID-19 Kháng Nguyên Nhanh

Tên học sinh:
Ngày sinh của học sinh:
Trường học:
Tên cha mẹ/người giám hộ:
Địa chỉ nhà:
Số điện thoại:

Vui lòng đọc kỹ thông báo chấp thuận được thông báo sau đây và ký tên cho phép xét nghiệm COVID-19.

- Tôi hiểu rằng xét nghiệm COVID-19 của học sinh được nêu tên trên sẽ được thực hiện thông qua xét nghiệm COVID-19 kháng nguyên nhanh do Bộ Y tế Tiểu bang Washington cung cấp và thừa nhận rằng [Tờ thông tin cho bệnh nhân](#) cho các xét nghiệm đã được cung cấp cho tôi.
- Tôi hiểu rằng khả năng nhận xét nghiệm của học sinh được nêu tên ở trên là hạn chế dựa trên nguồn cung xét nghiệm sẵn có.
- Tôi hiểu tổ chức thực hiện xét nghiệm không đóng vai trò là nhà cung cấp dịch vụ y tế của học sinh có tên ở trên. Xét nghiệm không thay thế điều trị từ một nhà cung cấp dịch vụ y tế. Tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm và thực hiện hành động thích hợp liên quan đến kết quả xét nghiệm, bao gồm tìm kiếm lời khuyên y tế, chăm sóc và điều trị y tế từ nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc tổ chức chăm sóc sức khỏe khác nếu tôi có câu hỏi hoặc mối quan tâm, nếu học sinh được nêu tên ở trên phát triển các triệu chứng của COVID-19 hoặc nếu tình trạng của học sinh được nêu tên ở trên trở nên tồi tệ hơn.
- Tôi hiểu rằng, như với bất kỳ xét nghiệm y tế nào, có khả năng có kết quả xét nghiệm COVID-19 dương tính sai hoặc âm tính sai.
- Tôi hiểu trách nhiệm của tôi là thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của học sinh có tên ở trên về kết quả xét nghiệm dương tính và một bản sao sẽ không được gửi đến nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của học sinh có tên ở trên cho tôi.
- Tôi hiểu rằng kết quả xét nghiệm kháng nguyên sẽ có sẵn trong 15-30 phút.
- Tôi hiểu và ghi nhận rằng kết quả xét nghiệm kháng nguyên dương tính là một 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 xét nghiệm, thủ tục và sự rủi ro và lợi ích tiềm ẩn](#). 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 có tên trên tiếp tục xét nghiệm chẩn đoán COVID-19, tôi có thể từ chối xét nghiệm.
- Tôi hiểu rằng để đảm bảo sức khỏe và sự an toàn công cộng và kiểm soát sự lây lan của COVID-19, kết quả xét nghiệm có thể được chia sẻ mà không có sự cho phép của cá nhân tôi.
- Tôi hiểu rằng kết quả xét nghiệm sẽ được chia sẻ cho các cơ quan y tế công cộng thích hợp theo yêu cầu của pháp luật.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự đồng ý của tôi cho việc xét nghiệm bất cứ lúc nào trước khi nó được thực hiện.

CHO PHÉP/ĐỒNG Ý XÉT NGHIỆM COVID-19

- Tôi đồng ý cho phép học sinh có tên nêu trên được xét nghiệm COVID-19.

Chữ ký của cha mẹ/người giám hộ

Ngày

- Tôi đồng ý thực hiện xét nghiệm COVID-19.

Chữ ký của học sinh (18 tuổi trở lên)

Ngày