

# Форма согласия на прохождение экспресс-теста на антиген к COVID-19

Имя и фамилия учащегося:
Дата рождения:
Школа:
Имя и фамилия родителя(-ей)/опекуна(-ов):
Домашний адрес:
Номер телефона:

**Пожалуйста, внимательно прочитайте следующее уведомление о согласии и подпишите разрешение на проведение теста на COVID-19.**

1. Я понимаю, что тестирование вышеуказанного учащегося на COVID-19 будет проведено с помощью антигенного теста, предоставленного Министерством здравоохранения штата Вашингтон (*Washington State Department of Health*).
2. Я понимаю, что возможность прохождения теста вышеуказанным учащимся зависит от наличия материалов для тестирования.
3. Я понимаю, что организация, которая проводит тест, не является поставщиком медицинских услуг для вышеуказанного учащегося. Тестирование не заменяет лечения, предоставляемого медицинским работником. Я беру на себя полную и всестороннюю ответственность за принятие соответствующих мер в отношении результатов теста, включая консультацию и лечение у врача или в любом другом медицинском учреждении в случае возникновения вопросов или опасений, если у вышеуказанного учащегося появятся симптомы COVID-19, или его состояние ухудшится.
4. Я понимаю, что, как и при проведении любого медицинского тестирования, существует вероятность ошибочного положительного или ошибочного отрицательного результата теста на COVID-19.
5. Я понимаю, что в мои обязанности входит поставить в известность медицинского работника, предоставляющего услуги вышеуказанному учащемуся, о положительном результате теста, и что никто не отправит копию этого документа врачу вышеуказанного учащегося вместо меня.
6. Я понимаю, что результат теста на антиген будет готов через 15–30 минут.
7. Я понимаю и признаю, что положительный результат теста на антиген является показанием для самоизоляции вышеуказанного учащегося, чтобы избежать заражения других.
8. Мне предоставлена информация о цели тестирования, порядке его проведения, потенциальных рисках и преимуществах. Перед проведением теста на COVID-19 я смогу задать интересующие меня вопросы. Я понимаю, что, если я не хочу, чтобы вышеупомянутый учащийся продолжал проходить тестирование на антиген к COVID-19, у меня есть право отказаться от теста.
9. Я понимаю, что для обеспечения безопасности и охраны здоровья населения и контроля за распространением COVID-19 результаты теста могут передаваться без моего личного разрешения.
10. Я понимаю, что результаты теста будут предоставлены в соответствующие органы здравоохранения согласно требованиям закона.
11. Я понимаю, что могу в любое время отозвать своё согласие на тестирование до начала его проведения.
12. Это согласие распространяется на 2021-22 учебный год.

## РАЗРЕШЕНИЕ/СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕСТА НА COVID-19

Я даю согласие на прохождение вышеуказанным учащимся теста на COVID-19.

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя/опекуна

\_\_\_\_\_  
Дата

Я даю согласие на прохождение теста на COVID-19.

\_\_\_\_\_  
Подпись сотрудника/ учащегося, достигшего 18 лет

\_\_\_\_\_  
Дата