

ለፈጣን የ COVID-19 አንቲጅን ምርመራ ፍቃድ መስጫ ቅጽ

የተማሪ ስም:-
የተማሪ የልደት ቀን:-
ትምህርት ቤት:-
የወላጅ/አሳዳጊ ስም(ስምጥን):-
የመኖሪያ አድራሻ:-
የስልክ ቁጥር:-

እባክዎ የሚከተሉትን የፍቃድ መስጫ ማስታወቂያ መረጃ በጥንቃቄ ያንብቡ እና የ COVID-19 ምርመራን ለማድረግ ፈቃድ ለመስጠት ይፈሩ።

1. ከላይ የተጠቀሰው ተማሪ COVID-19 ምርመራ በ Washington State Department of Health (ዋሽንግተን ግዛት የጤና መምሪያ) Abbott Laboratories BinaxNOW በሚሰጠው በ በኩል እንደሚከናወን ተረድቻለሁ እና ለምርመራው የግለሰቦች የእውነታ ወረቀት/ሉህ ለእኔ የቀረበ መሆኑን አረጋግጣለሁ።
2. ከላይ የተጠቀሰው ተማሪ ምርመራ የማግኘት ችሎታ በምርመራ አቅርቦቶች መገኘት ላይ የተወሰነ መሆኑን እረዳለሁ።
3. ምርመራውን የሚያከናውነው አካል ከላይ እንደተጠቀሰው የተማሪው የህክምና አገልግሎት አቅራቢ ሆኖ እንደማይሰራ እረዳለሁ። ምርመራ የህክምና አቅራቢ ህክምናን አይተካም። ከላይ የተጠቀሰው ተማሪ የ COVID-19 ምልክቶች ከታዩበት፣ ወይም ከላይ የተጠቀሰው የተማሪ ሁኔታ ከተባባሰ ከህክምና አገልግሎት አቅራቢ ወይም ከሌላ የጤና እንክብካቤ አካል የህክምና ምክር፣ እንክብካቤ እና ህክምና መፈለግን ጨምሮ የምርመራ ውጤቶችን በተመለከተ ተገቢውን እርምጃ ለመውሰድ የተሟላ እና ሙሉ ሃላፊነት እወስዳለሁ።
4. እንደማንኛውም የህክምና ምርመራ፣ ሐሰተኛ አዎንታዊ ወይም የተሳሳተ አሉታዊ የ COVID-19 የምርመራ ውጤት ሊኖር እንደሚችል እረዳለሁ።
5. ከላይ የተጠቀሰውን የተማሪ አዎንታዊ የፈተና ውጤት ለጤና እንክብካቤ አቅራቢው ማሳወቅ የእኔ ኃላፊነት እንደሆነ ተገንዝቤያለሁ፣ እና ከላይ ለተጠቀሰው የተማሪ ጤና እንክብካቤ አቅራቢ ቅጂ አይላክም።
6. የአንቲጅን ምርመራ ውጤት ከ15 እስከ 30 ባሉት ደቂቃዎች ውስጥ እንደሚደርስ እረዳለሁ።
7. አዎንታዊ የአንቲጅን ምርመራ ውጤት ከዚህ በላይ የተጠቀሰው ተማሪ ሌሎችን እንዳይበክል ራሱን ማግለል እንዳለበት አመላካች መሆኑን እረዳለሁ እንዲሁም አረጋግጣለሁ።
8. የምርመራውን ዓላማ፣ አሰራሮችን፣ እና ሊያስከትል ስለሚችለው አደጋዎች እና ጥቅሞች ተነግሮኛል። የ COVID-19 ምርመራን ለማድረግ ከመቀጠል በፊት ጥያቄዎችን ለመጠየቅ የሚያስችለኝ እድል አለኝ። ከላይ የተጠቀሰው ተማሪ የ COVID-19 የምርመራ ማግኘቱን እንዲቀጥል ካልፈለገኩ ምርመራውን ውድቅ ማድረግ እንደምችል እረዳለሁ።
9. የህዝብ ጤናን እና ደህንነትን ለማረጋገጥ እና የ COVID-19 ስርጭትን ለመቆጣጠር፣ የምርመራው ውጤት ያለእኔ ፈቃድ ሊጋራ እንደሚችል እረዳለሁ።
10. የምርመራ ውጤቶቹ ለሚመለከታቸው የህዝብ ጤና ባለሥልጣናት በሕግ እንደተፈቀደው እንደሚገለጹ እረዳለሁ።
11. ምርመራው ከመከናወኑ በፊት በማንኛውም ጊዜ ፈቃድን መሰረዝ እንደምችል ተረድቻለሁ።

የ COVID-19 ምርመራ ለማድረግ ፈቃድ/ስምምነት

ከላይ የተጠቀሰው ተማሪ COVID-19 ምርመራ እንዲያደርግ ለመፍቀድ እስማማለሁ።

የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ _____ ቀን _____

የ COVID-19 ምርመራ ለማድረፍ እስማማለሁ።

ተማሪ (18 ወይም ከዚያ በላይ) ፊርማ _____ ቀን _____