



ውድ የሰራተኛ አባላት

ብዙ ተማሪዎችን ወደ ትምህርት ቤት ማምጣት ስንጀምር FCPS ት / ቤቶቻችንን እና ማህበረሰባችንን ደህንነት ለመጠበቅ ብዙ እርምጃዎችን እየወሰደ ነው ። የምንወስዳቸው እርምጃዎች የሚከተሉትን ያካትታሉ-እጅን መታጠብ ፣ አካላዊ ርቀት እና የፊት መሸፈኛ / ጭምብል ።

ከእነዚህ ልምምዶች በተጨማሪ FCPS በት / ቤት ውስጥ የCOVID-19 ምርመራ በነፃ ይሰጣል። ከሸርጂኒያ የጤና መምሪያ ጋር በመተባበር FCPS በ COVID-19 የምርመራ መርሃግብር ውስጥ ለመሳተፍ መርጧል ። Rocky Run መካከለኛ ትምህርት ቤት በዚህ መርሃግብር ውስጥ እንዲሳተፍ ተመርጧል. **ተሳትፎ በፈቃደኝነት ነው ።**

COVID-19 የመመርመሪያ ምርመራ በትምህርት ቀን ውስጥ የ COVID-19 ምልክቶች ላለው ማንኛውም ተማሪ ወይም ሠራተኛ ይሰጣል ። የዚህ ፈተና ዓላማ ጉዳዮችን በቶሎ ለመለየት እና በትምህርት ቤቶቻችን እና በማህበረሰባችን ውስጥ ሌሎችን ለመከላከል እርምጃዎችን መውሰድ ነው። የ Virginia Department of Health ለFCPS የ Abbott BinaxNOW antigen /የበሽታ ፈጣሪ ህዋስ/ ምርመራ ። የሰለጠነ የምርመራ ቡድን አባል የሰራተኞቹን የአፍንጫ ቀዳዳ ይጠርጋል። ይህን የዳሰሳ ጥናት 15 ደቂቃዎችን ይወስዳል።

አሁን ባለው የ FCPS መመሪያ መሠረት የበሽታ ምልክት ያለበት የሰራተኛ አባል የምርመራው ውጤት ምንም ይሁን ምን ግቢውን ለቅቆ የጤና አገልግሎት ሰጪውን እንዲያገኝ ይጠየቃል። ሠራተኛው ወደ ሥራ ከመመለሱ በፊት በጤና አገልግሎት ሰጪው የተፈረመበት ወደ ሥራ የመመለሻ ቅጽ ማቅረብ አለበት ። ለበለጠ መረጃ ይህን [Regulation 4135](#) ይመልከቱ ።

ከትምህርት ቀን በፊት ህመም የሚሰማዎት ወይም የ COVID-19 ምልክቶች ካለዎት **እባክዎ ቤትዎን ይቆዩ ።**

በመርሃግብሩ ለመሳተፍ ከዚህ ጋር የተያያዘው የስምምነት ቅጽ ተሞልቶ ወደ ትምህርት ቤትዎ መመለስ አለበት ።

ለተጨማሪ መረጃ እባክዎን ብዙዎቹን ጥያቄዎችን የሚመልሰውን ይህንን [Frequently Asked Questions](#) ሰነድ ይመልከቱ ። ተጨማሪ ጥያቄዎች ካሉዎት እባክዎ የትምህርት ቤትዎን አስተዳዳሪ ወይም ተቆጣጣሪ ያነጋግሩ



ለሰራተኛ አባላት በትምህርት ቤት ውስጥ የCOVID-19 የምርመራ ስምምነት መስጫ ቅጽ

የመጨረሻ ስም:		የመጀመሪያ ስም:		የመሃል ስም:	የልደት ቀን: ____/____/____
አድራሻ:	መንገድ: ከተማ: ክፍለ ግዛት: የአካባቢ መለያ ቁጥር:				
የወላጅ ስልክ :		የወላጅ ኢሜይል:		ጾታ <input type="checkbox"/> ሴት <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሌላ <input type="checkbox"/> መልስ ለመስጠት አልፈልግም	
ዘር:	<input type="checkbox"/> የአሜሪካ ሕንፃዊ/ የአላስካ ተወላጅ <input type="checkbox"/> አሲያ <input type="checkbox"/> ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ <input type="checkbox"/> ነባር ሃዋይን ወይም ሌላ የፓሲፊክ ደሴት ነዋሪ <input type="checkbox"/> ነጭ <input type="checkbox"/> አልተገለጸም			እስፓኝ/ ላቲን: <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም <input type="checkbox"/> መልስ ለመስጠት አልፈልግም	

ይህንን ቅጽ በመሙላት እና በማቅረብ በትምህርት ሰዓት የCOVID-19 አንቲጂን/የበሽታ አምጪ ህዋስ ምርመራ እንዲሰጥ መስማማቴን አረጋግጣለሁ። የCOVID-19 ምርመራ እንዲደረግ መፍቀድ አማራጭ እንደሆነ ተረድቻለሁ። እንዳልመረመር ይህንን ስምምነት ላለማድረግ እችላለሁ። ከዚህም በላይ ከትምህርት ቀን በፊት ጥሩ ስሜት ካልተሰማኝ የግድ ቤት መቆየት እንዳለብኝ እገነዘባለሁ።

ስምምነት እና መረጃ መጋራት (እባክዎ ይፈርሙ):
 _____ የ COVID-19 ምልክቶችን በማሳይበት ወቅት ለAbbott BinaxNOW COVID-19 አንቲጂን ምርመራ እንዲሰጥ ፈቅጃለሁ ። በክፍለ ግዛቱ ሕግ መሠረት የምርመራው ውጤቶቼ ለእኔ እና ለቨርጂኒያ ጤና ጥበቃ መምሪያ ዘገባ እንደሚደረጉ ተረድቻለሁ።

የተወከለ ፈራሚ:
 ሀሳቤን መለወጥ እና ይህን ፈቃድ በማንኛውም ጊዜ መሰረዝ እንደምችል ተረድቻለሁ። ይህንን ፈቃድ ለመሰረዝ በ COVID 19 ምርመራ [POC Name] በቀጥታ [Contact Info] ማነጋገር እፈልጋለሁ ።

የሰራተኞች አባል ስም _____ ፊርማ _____ ቀን _____