



کارکنان محترم:

همانطور که در حال برگرداندن دانش آموزان بیشتری به مدرسه هستیم ، FCPS اقدامات زیادی را برای ایمن سازی مدارس و جامعه مان انجام می دهد. این اقدامات عبارتند از: شستن دست ، فاصله فیزیکی یا اجتماعی و پوشش صورت / ماسک صورت.

علاوه بر این روش ها ، FCPS تست تشخیص کویید 19 در مدرسه را نیز ارائه می دهد. با همکاری وزارت بهداشت ویرجینیا ، FCPS تصمیم گرفته است تا در یک برنامه آزمایشی تست کویید 19 شرکت کند. مدرسه راهنمایی Rocky Run برای شرکت در این برنامه انتخاب شده است: **شرکت در این برنامه داوطلبانه است.**

تست تشخیص کویید 19 به هر دانش آموز یا کارمندی که در طول ساعات مدرسه علائم کویید 19 داشته باشد ، ارائه خواهد شد. هدف از این تست شناسایی موارد کویید در اسرع وقت و اقدامات لازم برای محافظت از دیگران در مدارس و جامعه مان می باشد. وزارت بهداشت ویرجینیا تست آنتی ژن Abbott BinaxNOW را در اختیار FCPS قرار داده است. یکی از اعضای تیم آموزش دیده بوسیله یک گوش پاک کن بلند مقداری از مخاط بینی کارمند را به عنوان نمونه بر می دارد. نتایج آزمایش تقریباً 15 دقیقه طول می کشد.

طبق پروتکل فعلی FCPS، از کارمندی که علائم دارد خواسته می شود بدون در نظر گرفتن نتیجه آزمایش ، محوطه مدرسه را ترک کند و با مسئول مراقبتهای بهداشتی خود تماس بگیرد. قبل از بازگشت به کار ، کارمند باید فرم "بازگشت به کار" را که توسط مسئول مراقبتهای بهداشتی امضا شده است، ارائه دهد. برای اطلاعات بیشتر به [مقررات 4135](#) مراجعه کنید.

اگر قبل از حضور در مدرسه احساس بیماری می کنید یا علائم کویید 19 دارید ، لطفاً در منزل بمانید.

برای شرکت در این برنامه ، رضایت نامه ضمیمه شده را باید تکمیل کنید و به مدرسه خود تحویل دهید.

برای اطلاعات بیشتر لطفاً به بخش [سوالات متداول](#) رجوع کنید که ممکن است پاسخ سوال خود را در میان این سوالات دریافت کنید. اگر سؤال بیشتری دارید لطفاً با رئیس یا کارفرمای خود در مدرسه تماس بگیرید.

رضایت نامه تست کوید 19 از کارکنان در مدرسه

نام خانوادگی:	نام:	نام وسط:	تاریخ تولد:
خیابان:	شهر:	ایالت:	کد پستی:
آدرس:	تلفن:	ایمیل:	جنسیت:
زن <input type="checkbox"/>	مرد <input type="checkbox"/>	غیره <input type="checkbox"/>	ترجیح می دهم پاسخ ندهم <input type="checkbox"/>
نژاد:	سرخپوستان آمریکا/بومیان آلاسکایی <input type="checkbox"/>	آسیایی <input type="checkbox"/>	اسپانیس/ لاتین:
سیاه یا آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/>	بومیان هاوایی یا ساکن سایر جزایر اقیانوس آرام <input type="checkbox"/>	سفید <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>
مشخص نشده <input type="checkbox"/>	ترجیح می دهم پاسخ ندهم <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	ترجیح می دهم پاسخ ندهم <input type="checkbox"/>

با تکمیل و ارسال این فرم ، تأیید می کنم که رضایت دارم و اجازه می دهم تست آنتی ژن کوید 19 را در طول ساعات مدرسه که به صورت رایگان است ، انجام دهم. من می دانم که اجازه برای انجام تست کوید 19 اختیاری است و می توانم از آن امتناع کنم ، که در این صورت ، تست نخواهم شد. من همچنین آگاه هستم که اگر قبل از حضور در مدرسه احساس بیماری کنم باید در منزل بمانم.

رضایت و اشتراک داده ها (لطفاً با درج اول نام خود علامت بزنید):

در صورت مشاهده علائم کوید 19 ، من اجازه می دهم تست آنتی ژن Abbott BinaxNOW کوید 19 انجام شود. من مطلع هستم که نتایج تست من ، مطابق با قانون استان ، به من و به وزارت بهداشت ویرجینیا گزارش خواهد شد.

امضاء شرکت کننده:

من مطلع هستم که می توانم نظرم را تغییر دهم و هر وقت بخواهم این اجازه را لغو کنم. جهت لغو اجازه برای انجام تست کوید 19 ، من باید مستقیماً با [POC Name] از طریق [Contact Info] تماس بگیرم.

تاریخ

امضاء کارمند

نام کارمند