



أفراد كادر مدارس FCPS الاعزاء:

تقوم مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية FCPS مع بدء إعادة المزيد من الطلاب إلى المدارس بإتباع العديد من الخطوات للحفاظ على سلامة مدارسنا ومجتمعنا. تتضمن الخطوات التي نقوم بإتباعها: غسل اليدين، التباعد البدني وارتداء الكمامات.

بالإضافة إلى هذه الممارسات، ستقوم مدارس FCPS بتوفير فحصاً مجانياً لتشخيص COVID-19 داخل المدرسة. بالتعاون مع وزارة الصحة في ولاية فيرجينيا، فقد اختارت مدارس FCPS المشاركة في برنامج تجريبي لفحص COVID-19. تم اختيار مدرسة Rocky Run Middle School للمشاركة في هذا البرنامج. **المشاركة طوعية.**

سوف يكون فحص تشخيص الإصابة بـ COVID-19 متاحاً لأي طالب أو موظف تظهر عليه أعراض COVID-19 خلال اليوم الدراسي. أن الغرض من هذا الفحص هو تحديد حالات الإصابة بأسرع وقت ممكن واتخاذ الخطوات اللازمة لحماية الآخرين داخل مدارسنا ومجتمعنا. زودت وزارة الصحة في ولاية فيرجينيا مدارس FCPS بفحص مستند Abbott BinaxNOW. سيقوم أحد افراد الكادر المدربين بمسح الجزء الأمامي من فتحة أنف الموظف. تظهر نتائج الاختبار خلال 15 دقيقة تقريباً.

وفقاً لبروتوكول مدارس FCPS الحالي، سوف يُطلب من عضو الكادر الذي تظهر عليه أعراض الإصابة مغادرة الحرم المدرسي والمتابعة مع مقدم الرعاية الصحية، بغض النظر عن نتيجة الفحص. يتوجب على عضو الكادر تقديم نموذج العودة إلى العمل، موقعة من قبل مقدم الرعاية الصحية، قبل العودة إلى العمل. للمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على [اللائحة 4135](#).

في حال شعورك بالمرض أو ظهور أعراض COVID-19 قبل اليوم الدراسي، **عندها يرجى البقاء في المنزل.**

**لكي تشارك في البرنامج، ينبغي إكمال تعبئة نموذج الموافقة المرفق وإعادته إلى مدرستك.**

للمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على وثيقة [الأسئلة شائعة الطرح](#)، والذي قد تضم اجابات على العديد من أسئلتك. إذا كانت لديك أسئلة إضافية، عندها يرجى الاتصال بالمسؤول الاداري او المشرف المسؤول في مدرستك.

## نموذج موافقة عضو الكادر على الخضوع لاختبار COVID-19 في المدرسة

تاريخ الميلاد:	الاسم الاوسط:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:
____/____/____			
العنوان:			
الشارع:			
المدينة:			
الولاية:			
الرمز البريدي للمنطقة:			
الجنس:		البريد الالكتروني لولي الامر:	رقم هاتف ولي الامر:
<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> غير تك <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة			
من أصل اسباني/ لاتيني:	<input type="checkbox"/> من سكان اميركا الاصليين/ من سكان الاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل إفريقي <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو من جزر المحيط الهادئ الأخرى <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير مذكور		العرق:
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة			

من خلال إكمال هذا النموذج وتقديمه، فإنني أؤكد على موافقتي وتخويلي بإجراء فحص مستضد COVID-19 خلال ساعات الدوام المدرسي مجاناً. أنا أدرك أن منح التخويل بإجراء فحص COVID-19 هو اختياري وأنه يمكنني رفض منح هذا التخويل، وفي هذه الحالة، لن يتم فحصي. كما أفهم أنه يتوجب علي البقاء في المنزل في حال شعوري بالمرض قبل اليوم الدراسي.

الموافقة ومشاركة البيانات (يرجى كتابة الاحرف الاولى من الاسم):

في حالة ظهور أعراض COVID-19، فأنتي اخول بإجراء فحص مستضد Abbott BinaxNOW COVID-19. أنا أفهم أنه سيتم إبلاغي بنتائج الفحص الخاصة بي وإبلاغ وزارة الصحة في ولاية فرجينيا، بما ينسجم مع قانون الولاية.

المخول بالتوقيع:

أنا أفهم أنه يمكنني تغيير رأيي وإلغاء هذا التخويل في أي وقت. لإلغاء هذا التخويل بإجراء فحص COVID 19، ينبغي علي الاتصال بـ [POC Name] مباشرةً على [Contact Info].

التاريخ

توقيع عضو الكادر

اسم عضو الكادر كتابة