

والدین/ سرپرستان 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 رایگان تشخیص کویید 19 در مدرسه و تست غربالگری را ارائه خواهد داد. 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:

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 می باشد. **شرکت در این برنامه داوطلبانه است.**

مطابق با پروتکل فعلی FCPS ، دانش آموزی که علائم دارد بدون در نظر گرفتن نتیجه منفی تست، به منزل فرستاده خواهد شد. دانش آموز در دفتر مراقبت های بهداشتی منتظر خواهد ماند و یکی از مسئولین به ولی / سرپرست اطلاع می دهد. دانش آموز باید در عرض یک ساعت از مدرسه تحویل گرفته شود. برای دانش آموزی که به مدرسه باز می گردد، یک [فرم اطلاعاتی دانش آموز بیمار و بازگشت به مدرسه](#) باید توسط مسئول مراقبتهای بهداشتی تکمیل و به مدرسه تحویل داده شود.

تست غربالگری کویید 19 تنها به دانش آموزان ارائه خواهد شد. تست غربالگری شامل آزمایش گروهی از افراد بدون علائم به طور روزمره است. هدف ما این است که افراد آلوده به عفونت را که ممکن است مسری باشند هر چه زودتر شناسایی کنیم تا بتوانیم برای جلوگیری از انتشار ویروس اقدامات لازم را انجام دهیم. در بسیاری از افراد ، کویید 19 هیچ علامتی ندارد و افراد ممکن است متوجه نشوند که آلوده به این ویروس و مسری هستند. تست غربالگری زمانی موفقیت آمیز است که بخش بزرگی از جامعه در آن شرکت کنند. ما از شما می خواهیم که اجازه دهید دانش آموزتان در این برنامه آزمایشی شرکت کند. هر هفته یک نمونه کوچک از دانش آموزان به طور تصادفی و بدون برنامه ریزی قبلی برای آزمایش انتخاب می شوند. **شرکت در این برنامه داوطلبانه است.**

اگر نتیجه تست **غربالگری** دانش آموز مثبت باشد، دانش آموز در دفتر مراقبت های بهداشتی منتظر خواهد ماند و یکی از مسئولین به ولی / سرپرست اطلاع می دهد. دانش آموز باید در عرض یک ساعت از مدرسه تحویل گرفته شود. برای دانش آموزی که به مدرسه باز می گردد، یک [فرم اطلاعاتی دانش آموز بیمار و بازگشت به مدرسه](#) باید توسط مسئول مراقبتهای بهداشتی تکمیل و به مدرسه تحویل داده شود.

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 دانش آموز را به عنوان نمونه بر می دارد. دانش آموز در کنار مسئول منتظر می ماند تا نتیجه تست که حدود 15 دقیقه طول خواهد کشید مشخص شود.

اگر دانش آموز شما قبل از حضور در مدرسه احساس بیماری می کند یا علائم کویید 19 دارد ، **لطفاً وی را در منزل نگاه دارید.**

برای شرکت دانش آموزتان 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 مدرسه دانش آموز خود تماس بگیرید.

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

با تکمیل و ارسال این فرم ، تأیید می کنم که ولی/سرپرست قانونی هستم و حق رضایت دارم و اجازه می دهم تست آنتی ژن کوید 19 در طول ساعات مدرسه که به صورت رایگان است ، بر روی دانش آموز من انجام شود. من می دانم که اجازه انجام تست کوید 19 بر روی فرزندم اختیاری است و می توانم از آن امتناع کنم ، که در این صورت ، دانش آموز من تست نخواهد شد. من همچنین آگاه هستم که اگر دانش آموز من قبل از حضور در مدرسه احساس بیماری می کند باید در منزل بماند.

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

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

من به عنوان بخشی از یک برنامه تست غربالگری کوید 19 اجازه می دهم تست آنتی ژن Abbott BinaxNOW کوید 19 بر روی دانش آموز من انجام شود. من مطلع هستم که نتایج تست دانش آموز 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.

امضاء ولی/ سرپرست _____ نسبت شخص با دانش آموز _____

نام با خط خوانا _____ تاریخ _____