

أولياء الأمور/الأوصياء الشرعيون الأعزاء،

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 بتقديم فحصاً وأختباراً **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.

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 لحماية الآخرين داخل مدارسنا ومجتمعنا. **المشاركة طوعية.**

إنسجاماً مع بروتوكول مدارس FCPS الحالي، سيتم إرسال الطالب الذي تظهر عليه أعراض الإصابة إلى المنزل، بغض النظر عن النتيجة السلبية للفحص. سوف ينتظر الطالب في غرفة الرعاية Care Room وستقوم المدرسة بإبلاغ ولي الأمر/الوصي الشرعي. ينبغي اصطحاب الطالب في غضون ساعة واحدة. لكي يعود الطالب إلى المدرسة، يتوجب إكمال تعبئة [نموذج إشعار الطالب المريض والعودة إلى المدرسة](#) من قبل مقدم الرعاية الصحية وإعادته إلى المدرسة.

سيتم تقديم **اختبار فحص COVID-19** للطلاب فقط. يتضمن اختبار الفحص مجموعة من الأفراد الذين لا تظهر عليهم أعراض الإصابة بشكل منتظم. نحن نهدف من ذلك إلى التحديد المسبق للأشخاص المصابين الذين قد يسببوا العدوى في أقرب وقت ممكن حتى نتمكن من اتخاذ الخطوات اللازمة لمنع الفيروس من الانتشار. لا تظهر أعراض COVID-19 على كثير من الناس وقد لا يدرك الناس أنهم مصابون بالعدوى. يكون اختبار الفحص أكثر نجاحاً عندما يشارك فيه جزء كبير من أفراد المجتمع. نحن نطلب منكم التفكير بقوة في السماح للطلاب بالمشاركة في هذا البرنامج التجريبي. سيتم اختيار عينة صغيرة من الطلاب بشكل عشوائي كل أسبوع لغرض الاختبار. **المشاركة طوعية.**

إذا كانت نتيجة اختبار **فحص** الطالب إيجابية، عندها سيتم وضع الطالب في غرفة الرعاية وستقوم المدرسة بإبلاغ ولي الأمر/الوصي الشرعي. ينبغي اصطحاب الطالب في غضون ساعة واحدة. لكي يعود الطالب إلى المدرسة، يتوجب إكمال تعبئة [نموذج إشعار الطالب المريض والعودة إلى المدرسة](#) من قبل مقدم الرعاية الصحية وإعادته إلى المدرسة.

زودت وزارة الصحة في ولاية فيرجينيا مدارس FCPS بفحص مستضد Abbott BinaxNOW. سيقوم أحد أفراد الكادر المدربين بمسح الجزء الأمامي من فتحة أنف الطالب. سوف يبقى الطالب مع عضو الكادر المدرسي في إنتظار نتيجة الفحص والتي تستغرق حوالي 15 دقيقة.

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

لكي يشارك الطالب في البرنامج، ينبغي إكمال تعبئة نموذج الموافقة المرفق وإعادته إلى مدرسة الطالب.

للمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على وثيقة [الأسئلة شائعة الطرح](#)، والذي قد تضم اجابات على العديد من أسئلتك. يرجى الإتصال بمدرسة الطالب إذا كانت لديك أية أسئلة.

نموذج الموافقة على إجراء فحص COVID-19 على الطالب في المدرسة

تاريخ الميلاد:	الاسم الاوسط:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:
____/____/____			
العنوان:			الشارع:
المدينة:			الولاية:
الرمز البريدي للمنطقة:			
الجنس:		البريد الإلكتروني:	رقم هاتف ولي الامر:
<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> غير نك <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة		<input type="checkbox"/> لولي الامر:	
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، فأني أؤكد على أنني ولي الأمر/الوصي الشرعي المخول بمنح الموافقة والتحويل على إجراء فحص مستضد COVID-19 على الطالب خلال ساعات الدوام المدرسي مجاناً. أنا أدرك أن منح التحويل بإجراء فحص COVID-19 للطالب اختياري وأنه يمكنني رفض منح هذا التحويل، وفي هذه الحالة، لن يتم فحص الطالب. كما أفهم أنه يتوجب على الطالب البقاء في المنزل في حال شعوره بالمرض قبل اليوم الدراسي.

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

في حالة ظهور أعراض COVID-19، فأني أخول بإجراء فحص مستضد Abbott BinaxNOW COVID-19 على الطالب. أنا أفهم أنه سيتم إبلاغي بنتائج الفحص الخاصة بالطالب وإبلاغ وزارة الصحة في ولاية فرجينيا، بما ينسجم مع قانون الولاية. أنا أخول بإجراء فحص مستضد Abbott BinaxNOW COVID-19 على الطالب كجزء من برنامج اختبار فحص COVID-19. أنا أفهم أنه سيتم إبلاغي بنتائج الفحص الخاصة بالطالب وإبلاغ وزارة الصحة في ولاية فرجينيا، بما ينسجم مع قانون الولاية.

المخول بالتوقيع:

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

صلته بالطالب

توقيع ولي الامر/الوصي الشرعي:

التاريخ

الاسم كتابة