



## 学生 COVID-19 检测同意书

COVID-19 测试是 2021-2022 学年为最大程度地保护我们的学生与教职员工的的安全而采取的多层缓解措施之一。由于无论检测时家长或监护人是否在场陪同学生都需要接受检测，我们要求所有学生需同意接受检测。测试将为学生提供，学生或其家庭无需承担任何费用。

### 检测说明

检测方法是两个鼻孔进行快速鼻拭子检测。该方法快速且无痛。（该测试不是让一些人觉得不舒服深鼻窦拭子。）检测方法为将一个小拭子（如棉签）插入两个鼻孔中在鼻前部采样。15 分钟后即可得到结果。该检测由注册校医或教育局医疗专业检测合作伙伴执行。所使用的检测方法类型包括但不限于雅培的 BinaxNOW COVID-19 快速抗原测试。必要时可能认定并使用分子测试(PCR)。

本同意书上所列家长/监护人将在其子女接受检测的当天收到通知。所有结果都将被告知学生的家长/监护人。

### 检测指导原则

- **有症状类检测：** 请注意，作为家长/监护人，您需要在子女每天早上离家上学之前评估他们是否出现 COVID-19 症状，如果您的孩子没有通过早上的上学前健康筛查，请让其留在家中。如果您的孩子通过了早上在家进行的上学前健康筛查并且在抵达学校时身体健康，但在上学期间出现了与 COVID-19 感染相关的症状，您的子女将接受检测。

*症状包括：* 发烧达到或超过 100.4 华氏度、肌肉或身体疼痛、头痛、喉咙痛、鼻塞或流鼻涕、疲劳、恶心或呕吐、腹泻、新出现或持续的咳嗽、新出现的味觉或嗅觉失灵、气短或呼吸困难

- **测试决定能否表演/比赛（必须）：** 遵照费城公共卫生局(PDPH)指导原则，参与体育运动和/或表演艺术的学生每周需要进行 2 次测试，和/或在比赛或表演前进行测试。体育运动测试仅包括高接触性运动（橄榄球、排球、篮球、摔跤、室内田径、男子长曲棍球）。表演艺术测试将包括乐队（木管乐器和铜管乐器）及合唱团。其他种类运动和表演艺术将根据最新指导原则决定是否被考虑在内。接种了疫苗的学生可以选择不接受每周的测试，但要提供已完成 COVID 疫苗接种的证明。疫苗接种和测试情况将由体育运动负责人监督。不同意接受每周 2 次无症状类检测的学生将不被允许参加体育运动或表演艺术。
- **测试决定是否留在学校（选择性）：** 当社区传播率较低，且在本地指导原则建议下，教育局将在出现确诊阳性病例后施行检测决定是否留在学校的办法。该办法允许被确认为密切接触者的学生在接触后的 7 天中非连续的 3 天内（第 2 天、第 4 天和第 6 天）接受测试。其中测试结果持续阴性的人员将被允许留在学校，无须隔离。家长可以选择不参加“测试决定是否留在学校”办法，让其子女在家完成 10 天完整的隔离。将为在家隔离的学生提供教学支持。



如有任何疑问，请联系所在学校校医。

由家长/监护人完成填写

家长/监护人信息

接受检测后 1 小时内您将通过手机短信或电子邮件或同时通过两种方式收到检测结果通知。请确保您提供的联系方式有效。

| 家长/监护人姓名:                                  |  |
|--|--|
| 家长/监护人手机/电话号码:<br>注意: 通知结果的短信将会被发送到这个手机号码上 |  |
| 家长/监护人电子邮箱地址:<br>注意: 通知结果的邮件将会被发送到这个电子邮箱   |  |
| 子女/学生信息                                    |  |
| 子女/学生姓名:                                   |  |
| 学生证号:                                      |  |
| 学校:  |  |
| 年级:  |  |
| 子女出生日期(MM/DD/YYYY):                        |  |

请选择您同意进行的测试形式:

- 有症状类测试 - 由校医或测试提供方在校内提供
- 测试决定能否表演/比赛 - 参加体育运动和表演艺术必须进行测试
- 测试决定是否留在学校 - 社区传播率较低时, 该办法可以减少隔离的需要。

通过在下方签名, 我同意遵守并明白我的子女必须遵守费城教育局健康和安​​全协议, 同意我的子女通过以上勾选的形式接受检测, 同意通过以上提供的电话号码和/或电子邮箱与我分享测试结果, 同时也同意以下内容:

- 我自由且自愿签署此表格, 我是上述儿童的父母或法定监护人, 并被授权为其做决定。
- 我明白我孩子的测试结果以及相关信息将按照传染病报告规定, 安全地转交给费城公共卫生局、宾夕法尼亚州卫生部以及疾病控制中心。
- 我明白我孩子的测试结果将与学生的体育运动负责人、教练、表演艺术指导老师或其他学校官员分享, 以监管根据测试结果采取适当措施。



- 我明白费城教育局、校医、和/或测试合作伙伴不作为我孩子的医疗服务提供方，且此测试不取代我孩子医疗服务提供方的治疗，我全权负责与医疗服务提供者联系跟进，以决定根据我孩子的测试结果应采取的适当措施。

日期: \_\_\_\_\_

家长/监护人签名: \_\_\_\_\_