



លិខិតយល់ព្រមធ្វើតេស្តសិស្សសម្រាប់ជម្ងឺ ខូវីដ-១៩

ការធ្វើតេស្តរកមេរោគ ខូវីដ-១៩ គឺជាវិធានការច្រើនស្របទៅដែលនឹងបង្កើនសុវត្ថិភាពដល់សិស្ស និងបុគ្គលិករបស់យើង ក្នុងអំឡុងឆ្នាំសិក្សា ២០២១-២០២២។ ដោយសារតែការធ្វើតេស្តគឺជាការចាំបាច់ត្រូវធ្វើ ដោយមិនគិតថា មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាលរបស់សិស្សទំនេរឬអត់នៅ ពេលធ្វើតេស្ត គេតម្រូវឲ្យមានការយល់ព្រមសម្រាប់ការធ្វើតេស្តសិស្សទាំងអស់។ ការធ្វើតេស្តនេះនឹងផ្តល់ឱ្យសិស្សដោយមិនគិតថ្លៃដល់សិស្ស ឬក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ។

ការពន្យល់អំពីការធ្វើតេស្ត

វិធីធ្វើតេស្តគឺតាមការ ត្បាញនូវច្រមុះទាំងពីរយ៉ាងរហ័ស ជាមួយសំឡី។ ធ្វើតាមភាពរហ័សរហួន និងមិនឈឺទាល់តែសោះ។ (មិនមែនជាការ ត្បាញដោយរុកសំឡីចូលជ្រៅទៅក្នុងផ្នែកខាងក្រោយនៃច្រមុះដែលមនុស្សមួយចំនួនមានអារម្មណ៍ថាមានភាពមិនស្របក្នុងខ្លួននោះទេ។) វិធីធ្វើ តេស្តនេះធ្វើឡើងតាមការសិកស៍ឡើងវិញដោយ ដូចជា Q-tip ទៅក្នុងផ្នែកខាងមុខនៃច្រមុះទាំងពីរ។ ទទួលបានលទ្ធផលក្នុងរយៈពេល ១៥ នាទី។ ការធ្វើតេស្តនេះធ្វើឡើងដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាសាលាដែលមានសញ្ញាប័ត្រ ឬដៃគូរបស់ក្រសួងអប់រំដែលមានជំនាញក្នុងការធ្វើតេស្ត។ ប្រភេទ នៃតេស្តដែលគេប្រើ រួមមាន ប៉ុន្តែមិនកំណត់តែប៉ុណ្ណោះទេ ការធ្វើតេស្ត ខូវីដ-១៩ តាមវិធី Abbott's BinaxNOW COVID-19 Rapid Antigen Test។ ការធ្វើតេស្តតាមវិធី Molecular (PCR) ប្រហែលជាត្រូវបានគេកំណត់ ហើយប្រើតាមការចាំបាច់។

គេនឹងជូនដំណឹងទៅ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងលិខិតយល់ព្រមនេះ នៅថ្ងៃដែលកូនរបស់គាត់ធ្វើតេស្ត។ លទ្ធផល ទាំងអស់នឹងត្រូវទំនាក់ទំនងទៅ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល របស់សិស្ស។

ការណែនាំអំពីការធ្វើតេស្ត

- **ការធ្វើតេស្តអ្នកដែលមានរោគសញ្ញា (Symptomatic Testing)៖** សូមរំលឹកថា ជាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល លោកអ្នកនឹងត្រូវតែ តម្រូវឲ្យវាយតម្លៃកូនរបស់លោកអ្នកសម្រាប់អាការៈ ខូវីដ-១៩ រៀងរាល់ព្រឹក មុនពេលចេញពីផ្ទះមកកាន់សាលា ហើយទុកកូននៅផ្ទះ ប្រសិនបើកូនលោកអ្នកមិនជាប់ការពិនិត្យសុខភាពមុនពេលចូលក្នុងអាគារ (pre-entry health screening) រាល់ព្រឹក។ ប្រសិនបើ កូនលោកអ្នកជាប់ការពិនិត្យសុខភាពនៅផ្ទះ ហើយមកដល់សាលាដោយមានសុខភាពល្អ ប៉ុន្តែចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញាឈឺថ្នាត់ដែល ទាក់ទងនឹងការឆ្លងជម្ងឺ ខូវីដ-១៩ ក្នុងអំឡុងពេលសិក្សា គេនឹងធ្វើតេស្តកូនលោកអ្នក។

រោគសញ្ញា រួមមាន៖ គ្រុនក្តៅ ដែលមានកំដៅ 100.4°F ឡើងទៅ ឈឺសាច់ដុំ ឬរាងកាយ ឈឺក្បាល ឈឺបំពង់ក តឹងច្រមុះ ហៀរសំបោរ អស់កម្លាំង ចង្ហោរ ឬក្អក រាត ថ្លី ឬក្អកជាប់រហូត ថ្លី បាត់បង់រសជាតិ ឬក្លិន ដកដង្ហើមផុតៗ ឬពិបាកដកដង្ហើម

- **ការធ្វើតេស្តដើម្បី លេង/សម្តែង (តម្រូវឱ្យមាន)៖** យោងតាមការណែនាំពី ក្រសួងសាធារណៈសុខាភិបាលនៃទីក្រុងហ្សឺណែវដែល ហ្សឺណែវ (PDPH) សិស្សដែលចូលរួមក្នុងកីឡាអត្តពលកម្ម និង/ឬ សិល្បៈសម្តែង នឹងត្រូវធ្វើតេស្ត ២ ដង ក្នុងមួយសប្តាហ៍ និង/ឬ មុនការ ប្រកួត ឬការសម្តែង។ ការធ្វើតេស្តសម្រាប់អត្តពលកម្មនឹងរួមមាន កីឡាដែលប៉ះគ្នាច្រើន [បាល់អាប់ បាល់ទះ បាល់បោះ ចំបាប់ រត់ ប្រណាំងក្នុងកីឡាដ្ឋាន ឡាក្រសសម្រាប់ក្មេងប្រុស]។ ការធ្វើតេស្តសម្រាប់សិល្បៈនឹងរួមមាន ក្រុមតន្ត្រី (ខ្យង ប៊ីត្រោក ប៊ី និងវង់ត្រៃ (woodwind and brass)) និង ក្រុមចម្រៀង។ កីឡា និងសិល្បៈសម្តែងផ្សេងទៀត អាចយកមកពិចារណាស្របយល់ការណែនាំថ្មី។ សិស្សដែលបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរួចហើយអាចបដិសេធការធ្វើតេស្តប្រចាំសប្តាហ៍ ដោយមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពនៃការចាក់



ថ្នាំបង្ការរោគខ្លីដ៏គ្រប់ចំនួន។ ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងស្ថានភាពនៃការធ្វើតេស្ត នឹងត្រូវត្រួតពិនិត្យដោយនាយកកីឡា។ អ្នកដែលមិនយល់ព្រមធ្វើតេស្ត គ្មានរោគសញ្ញា (asymptomatic) ២ ដង ក្នុងមួយសប្តាហ៍ នឹងមិនអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួមក្នុងកីឡា ឬសិល្បៈសម្តែងឡើយ។

- **ការធ្វើតេស្តដើម្បីនៅក្នុងសាលា (តាមខ្សែវីដេអូ)៖** នៅពេលដែលការឆ្លងរោគនៅក្នុងសហគមន៍មានកម្រិតទាប ហើយការណែនាំក្នុងតំបន់ផ្តល់យោបល់ ក្រសួងនឹងអនុវត្តការធ្វើតេស្តតាមគំរូដើម្បីនៅក្នុងសាលា បន្ទាប់ពីឃើញអ្នកដែលវិជ្ជមាន។ គំរូនេះអនុញ្ញាតឱ្យសិស្សដែលឃើញថានៅជិតអ្នកដែលមានភាពវិជ្ជមាននៅក្នុងក្រុម ត្រូវធ្វើតេស្តចំនួន ៣ ថ្ងៃ ដែលមិនជាប់គ្នា ក្នុងរយៈពេល ៧ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីបាននៅជិត (ថ្ងៃទី២ ទី៤ និង ទី៦)។ បុគ្គលដែលនៅក្នុងក្រុមដែលនៅតែមានភាពវិជ្ជមាននឹងអនុញ្ញាតឱ្យនៅក្នុងសាលា ហើយមិនត្រូវដាក់ឱ្យនៅដាច់ពីគេឡើយ។ មាតាបិតាអាចបដិសេធមិនយកគំរូ «ធ្វើតេស្តដើម្បីនៅក្នុងសាលា» ហើយអនុញ្ញាតឱ្យសិស្សរបស់ពួកគេឱ្យនៅដាច់ពីគេរយៈពេល ១០ ថ្ងៃ នៅផ្ទះ។ សិស្សដែលនៅដាច់ពីគេនឹងទទួលបានការគាំទ្រក្នុងការបង្កាត់បង្រៀន។ បើមានសំណួរអ្វី សូមទាក់ទងគិលានុដ្ឋាកនៅសាលារបស់លោកអ្នក។

ត្រូវបំពេញដោយ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល	
ព័ត៌មានរបស់ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល	
គេនឹងជម្រាបលោកអ្នកអំពីលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តក្នុងអំឡុងពេល១ម៉ោង តាមទូរស័ព្ទដៃ ឬអ៊ីមែល ឬទាំងពីរ។ សូមមើលឱ្យប្រាកដថាព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកត្រឹមត្រូវ។	
ឈ្មោះរបស់ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល៖	
លេខទូរស័ព្ទដៃរបស់ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល៖ កំណត់សម្គាល់៖ លទ្ធផលនឹងផ្ញើតាមលេខទូរស័ព្ទនេះ	
អ៊ីមែលរបស់ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល៖ កំណត់សម្គាល់៖ លទ្ធផលនឹងផ្ញើតាមអ៊ីមែលនេះ	
ព័ត៌មានរបស់ ក្មេង/សិស្ស	
ឈ្មោះរបស់ ក្មេង/សិស្ស	
អត្តលេខរបស់សិស្ស៖	
សាលា៖	
ថ្នាក់ទី៖	
ថ្ងៃកំណើតរបស់ក្មេង (MM/DD/YYYY)៖	

សូមជ្រើសរើសគំរូនៃការធ្វើតេស្តដែលលោកអ្នកយល់ព្រម៖



ក្បួនត្រួតពិនិត្យដែលមានរោគសញ្ញា (Symptomatic Testing) - ជំងឺនៅឃ្លាឈ្ងាដោ គឺល្បាសបង្ហាញឃ្លា ឬឈ្មួញខ្លាងត្រូវតែស្រោច

ក្បួនត្រួតពិនិត្យដើម្បីលេង/សម្តែង (Test to Play/Perform) - ៩៩ ធ្លាប់ក្បួនចូលរួមក្នុងកីឡា តម្កល់លកម្ម និងសិល្បៈសម្តែង

ក្បួនត្រួតពិនិត្យដើម្បីនៅក្នុងសាលា (Test to Stay) - ក្នុងគ្រាន់ក្បួនរោគក្នុងសាលាស្ថិតកម្រិតទ្បាប គំរូតេស ក្បាត់បន្ត តម្រូវក្បួន ក្នុងក្បួនដាក់ក្រានៅដាច់ពីគេ។

តាមការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមនេះ ខ្ញុំយល់ព្រមធ្វើតាម និងយល់ថា កូនរបស់ខ្ញុំត្រូវតែធ្វើតាមពិធីការសុខភាព និងសុវត្ថិភាព របស់ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្ស៊ី យល់ព្រមឱ្យកូនរបស់ខ្ញុំធ្វើតេស្តតាមរយៈនៃគំរូធ្វើតេស្តដូចបានគូសខាងលើនេះ យល់ព្រមឱ្យគេចែកចាយមកខ្ញុំនូវលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្ត តាមលេខទូរស័ព្ទ និង/ឬ អ៊ីមែល ដែលបានផ្តល់ខាងលើនេះ ហើយក៏យល់ព្រម ដូចតទៅ៖

- ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើលិខិតនេះដោយខ្លួនឯង និងដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយខ្ញុំជាមាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ របស់ក្មេង ហើយជាអ្នកដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការសម្រេចចិត្តសម្រាប់ក្មេងដែលមានឈ្មោះខាងលើនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថាលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តរបស់កូនខ្ញុំ និងព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធ នឹងត្រូវគេបញ្ជូនទៅ ក្រសួងសាធារណៈសុខាភិបាលនៃទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្ស៊ី ក្រសួងសុខាភិបាលនៃរដ្ឋផ្លរីដា និងមជ្ឈមណ្ឌលត្រួតពិនិត្យ និងការពារជម្ងឺ តាមវិធីវាយការណ៍រោគឆ្លងដែលមានសុវត្ថិភាព ។
- ខ្ញុំយល់ថាលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តរបស់សិស្សខ្ញុំនឹងត្រូវចែករំលែកជាមួយនាយកកីឡាអត្តពលកម្ម គ្រូបង្វឹក គ្រូបង្ហាត់សិល្បៈសម្តែង ឬមន្ត្រីសាលាផ្សេងទៀត ដែលចាំបាច់ដើម្បីតាមដានការអនុលោមតាមតម្រូវការនៃការធ្វើតេស្ត។
- ខ្ញុំយល់ថា ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្ស៊ី គឺលាសប្បដ្ឋាកសាលា និង/ឬ ដៃគូធ្វើតេស្ត មិនមែនជាអ្នកព្យាបាលកូនរបស់ខ្ញុំទេ ហើយការធ្វើតេស្តនេះមិនមែនជាការជំនួសការព្យាបាលដោយអ្នកផ្តល់ការព្យាបាលរបស់កូនខ្ញុំនោះទេ ហើយខ្ញុំទទួលយកការទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុង ក្នុងការទៅព្យាបាលបន្តជាមួយក្រុមអ្នកផ្តល់ការព្យាបាល ដើម្បីសម្រេចសកម្មភាពត្រឹមត្រូវដែលទាក់ទងនឹងលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តរបស់កូនខ្ញុំ។

ខែថ្ងៃ៖ _____ ហត្ថលេខារបស់ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល៖ _____