



Formulário de Consentimento para Testes de COVID-19 em Estudantes

A realização de testes de COVID-19 é uma das camadas de proteção que irá maximizar a segurança de nossos alunos e funcionários durante o ano letivo de 2021-2022. Como os testes precisarão ser realizados independentemente da disponibilidade dos pais ou responsáveis para estarem presentes na hora do teste, é exigido um consentimento prévio para todos os alunos. Os testes serão gratuitos.

Explicação do Teste

Este teste usa um cotonete nasal rapidamente em ambas as narinas. Ele é rápido e sem dor. (Estes **NÃO** são os cotonetes inseridos na profundidade do nariz, os quais alguns indivíduos têm achado desconfortável.) O teste envolve a inserção de um pequeno cotonete na parte frontal do nariz, em ambas as narinas, e os resultados ficam prontos em 15 minutos. O teste é administrado por um enfermeiro(a) escolar certificado ou por um profissional de saúde, em parceria com o Distrito Escolar. O tipo de teste usado inclui, mas não se limita ao teste rápido de antígeno Abbott's BinaxNOW COVID-19. Também pode ser determinado o uso de testes moleculares (PCR), conforme for necessário.

O pai/responsável listado neste consentimento será notificado no que em que o aluno for testado. Todos os resultados serão informados ao pai/responsável do aluno.

Orientações dos testes

- **Testes sintomáticos:** Como lembrete, pais/responsáveis terão a obrigação de avaliar seus filhos todas as manhãs, antes de saírem para a escola, para ver se apresentam sintomas de COVID-19, e deixar seus filhos em casa caso não sejam aprovados na sua avaliação de saúde. Se seu filho for aprovado na avaliação de saúde que você conduziu de manhã em casa e chegar à escola bem, mas desenvolver sintomas de doença associados à COVID-19 durante o dia de aula, seu filho será testado.

Sintomas incluem: febre de 100.4°F ou mais, dores corporais ou musculares, dor de cabeça, dor de garganta, congestão nasal ou coriza, cansaço, náusea ou vômito, diarreia, tosse nova ou persistente, nova perda de paladar ou olfato, respiração ofegante ou dificuldade para respirar.

- **Teste para jogar/se apresentar (OBRIGATÓRIO):** De acordo com orientação do Departamento de Saúde Pública da Filadélfia (PDPH), os alunos que participam de Atletismo e/ou Artes Performativas serão obrigados a testar 2 vezes por semana e/ou antes de uma competição ou apresentação. O teste para atletas incluirá apenas esportes de alto contato (futebol americano, vôlei, basquete, luta, corrida em área coberta, lacrosse masculino). Os testes para artes performativas incluirão a banda (sopros e metais) e coral. Outros esportes e artes performativas podem ser considerados, dependendo de novas orientações. Os alunos vacinados podem optar por não fazer o teste semanal, mediante comprovante de vacinação completa contra a COVID. O status de vacinação e testes serão monitorados pelos diretores esportivos. Aqueles que não consentirem com o teste assintomático 2 vezes por semana, não terão permissão para participar de esportes ou artes performativas.
- **Teste para permanecer na escola (OPCIONAL):** Quando for identificado um caso positivo, o distrito implementará um modelo de teste para permanecer, desde que a transmissão na comunidade esteja baixa e a orientação municipal sugerir fazê-lo. Este modelo permite que os alunos identificados no grupo de contatos próximos sejam testados em 3 dias não consecutivos, durante um período de 7 dias após a exposição (dias 2, 4 e 6). Os indivíduos desse grupo que continuarem testando negativo terão permissão para permanecer na escola e não serão colocados em quarentena. Os pais podem optar por recusar o modelo de “teste para permanecer” e autorizar seus filhos a fazerem a quarentena completa de 10 dias em casa. Os alunos que estiverem de quarentena receberão suporte educacional.



Por gentileza, entre em contato com o enfermeiro(a) da sua escola caso tenha dúvidas.

PARA SER PREENCHIDO PELO PAI/RESPONSÁVEL

Informações dos pais/responsáveis

Você será notificado sobre o resultado dos testes dentro de 1 hora, via celular ou e-mail, ou ambos. Certifique-se de que suas informações de contato estejam atualizadas..

Nome do pai/responsável:

Celular do pai/responsável:

Resultados serão enviados para este n°

E-mail do pai/responsável:

Resultados serão enviados para este e-mail

Informações do aluno

Nome do aluno:

N° de identificação (ID do aluno):

Escola:

Série:

Data de nascimento do aluno
(MM/DD/AAAA)

Selecione o modelo de testes que você está autorizando:

Teste sintomático – realizado na escola pelo enfermeiro(a) escolar ou fornecedor de testes

Teste para jogar/se apresentar - OBRIGATÓRIO para participar em atletismo ou artes performáticas

Teste para permanecer na escola – em épocas de baixa transmissão na comunidade, este modelo reduz a necessidade de fazer quarentena.

Ao assinar abaixo, eu concordo em seguir e entendo que meu filho(a) deve seguir os protocolos de Saúde e Segurança do Distrito Escolar da Filadélfia. Eu autorizo meu filho(a) a ser testado através dos modelos de testes marcados acima. Eu autorizo que os resultados dos testes sejam divididos comigo através do número de telefone e/ou email fornecido acima. Além disso, também concordo em seguir o seguinte:

- Eu sou o pai/mãe ou responsável legal da criança mencionada acima; estou autorizado a tomar decisões para a mesma e estou assinando este formulário por livre e espontânea vontade.



- Eu entendo que os resultados dos testes do meu filho(a) e informações relacionadas serão encaminhados com segurança para o Departamento de Saúde Pública da Filadélfia, Departamento de Saúde da Pensilvânia e Centros de Controle de Doenças, de acordo com os relatórios de doenças comunicáveis.
- Eu entendo que os resultados dos testes do meu filho(a) serão divididos com o diretor(a) de atletismo, treinador, professor de artes performáticas dele(a) ou outra autoridade escolar, necessários para monitorar o cumprimento das obrigações de testes.
- Eu entendo que, o Distrito Escolar da Filadélfia, enfermeiro(a) escolar e/ou profissional parceiro na realização testes não estão agindo como médicos do meu filho(a) e que este teste não substitui um tratamento médico para meu filho(a), e eu assumo total responsabilidade por um acompanhamento médico, para determinar as medidas apropriadas em relação aos resultados do teste do meu filho(a).

Data: _____

Assinatura do pai/responsável: _____