



COVID-19 Student Testing Consent Form Согласие на тестирование учащегося на COVID-19

Тестирование на COVID-19 - это один из уровней безопасности, который максимально повысит защищённость наших студентов и сотрудников в 2021-2022 учебном году. Поскольку тестирование будет происходить независимо от наличия родителей или опекунов во время проведения теста, предварительное согласие на тестирование требуется для всех учащихся. Тестирование будет бесплатным для студентов и их семей.

Объяснение теста

Тестирование проводится быстрым мазком из обеих ноздрей. Это быстро и безболезненно. (Это **НЕ** мазки из глубоких пазух носа, которые некоторые люди считают неудобными.) Метод тестирования включает введение небольших тампонов (размером с Q-Tip) в переднюю часть носа в обе ноздри. Результаты будут доступны через 15 минут. Тест проводится либо сертифицированной школьной медсестрой, либо партнерами по медицинскому тестированию школьного округа. Используемый тип теста включает, помимо прочего, экспресс-тест на антиген BinaxNOW COVID-19 компании Abbott. Молекулярные тесты (ПЦР) могут быть идентифицированы и использоваться по мере необходимости. Родитель/опекун, указанный в этом согласии, будет уведомлен в день тестирования ученика. Все результаты будут сообщены родителям/опекунам учащегося.

Руководство по тестированию

- **Симптоматическое тестирование:** Напоминаем, что как родитель/опекун вы должны каждое утро перед уходом в школу проверять своего ребенка на наличие симптомов COVID-19 и оставлять ребенка дома, если он не пройдет утренний предварительный медицинский осмотр. Если ваш ребенок прошел утренний предварительный медицинский осмотр, который вы проводили дома, и поступил в школу здоровым, но в течение школьного дня у него появились симптомы заболевания, связанного с инфекцией COVID-19, ваш ребенок будет проверен.
Симптомы : Температура 100,4 F или выше, боли в мышцах или теле, головная боль, боль в горле, заложенность носа или насморк, усталость, тошнота или рвота, диарея, новый или постоянный кашель, новая потеря вкуса или запаха, одышка или затрудненное дыхание
- **Тест для игр/выступлений (ОБЯЗАТЕЛЬНО):** в соответствии с указаниями Департамента общественного здравоохранения Филадельфии (PDPH) студенты, занимающиеся спортом и / или исполнительскими видами искусства, должны будут проходить тестирование 2 раза в неделю и / или перед соревнованием или выступлением. Атлетическое тестирование будет необходимо для высококонтактных видов спорта (футбол, волейбол, баскетбол, борьба, бег в закрытых помещениях, лакросс для мальчиков). Тесты для исполнителей будут делаться участникам оркестра и хора. Учащиеся, прошедшие вакцинацию, могут отказаться от еженедельного тестирования, предъявив подтверждение полного прививочного статуса COVID. Статус вакцинации и тестирования будет контролироваться спортивными директорами. Те, кто не согласен на бессимптомное тестирование 2 раза в неделю, не будут допущены к занятиям спортом или исполнительским искусством.
- **Тест на пребывание (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО):** Если уровень передачи инфекции в сообществе низкий, то местные рекомендации предполагают, что округ внедрит модель "тест на пребывание" после выявления положительного случая. Эта модель позволяет студентам, идентифицированным как близкие контакты в группе, проходить тестирование 3 дня подряд в течение 7 дней после воздействия (2, 4 и 6-й день). Тем лицам в группе, которые останутся отрицательными, будет разрешено оставаться в школе и им не придется проходить карантин. Родители могут отказаться от модели "тест на пребывание" и позволить своему ученику пройти полный 10-дневный карантин дома. Учащимся, находящимся на карантине, будет оказана учебная поддержка.

Пожалуйста, обращайтесь к вашей школьной медсестре с любыми вопросами.



ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ / ОПЕКУНОМ

Информация о родителе/опекуне

Вы будете уведомлены о результатах теста в течение 1 часа либо по телефону, либо по e-мейлу, либо и по тому, и по другому.
Пожалуйста, убедитесь, что ваша контактная информация верна.

Имя и фамилия родителя/опекуна:	
Мобильный номер родителя/опекуна: Примечание: результаты будут отправлены на этот номер	
Е-мейл родителя/опекуна: Примечание: результаты будут отправлены на этот номер	
Информация о ребенке/ученике	
Имя и фамилия ребенка/ученика	
ID Ученика	
Школа:	
Класс:	
День рождения ребёнка (ММ/ДД/ГГГГ):	

Выберите модель тестирования, на которую вы даете согласие:

Симптоматическое тестирование - предоставляется на месте школьной медсестрой или Поставщиком тестов

Тест для игр/выступлений – ОБЯЗАТЕЛЕН для участия в спорте и исполнительском искусстве

Тест на пребывание - Во время низкой передачи инфекции в сообществе эта модель снижает необходимость в карантине.

- Подписываясь ниже, я понимаю, что мой ребенок должен следовать протоколам охраны здоровья и безопасности Школьного Округа Филадельфии, и даю согласие на тестирование моего ребенка с помощью моделей тестирования, отмеченных выше. Я даю согласие на то, чтобы результаты тестирования были переданы мне по указанному выше номеру телефона и/или адресу электронной почты, а также соглашаюсь на следующее:
- Я подписываю эту форму свободно и добровольно, и являюсь родителем или законным опекуном и уполномочен принимать решения за ребенка, указанного выше.
- Я понимаю, что результаты тестирования моего студента и соответствующая информация будут переданы в Департамент общественного здравоохранения Филадельфии, Департамент здравоохранения Пенсильвании и Центры по контролю и профилактике заболеваний в соответствии с отчетами об инфекционных заболеваниях.
- Я понимаю, что результаты тестирования моего ученика будут переданы спортивному директору, тренеру, преподавателю исполнительского искусства или другому должностному лицу школы, ответственному за соблюдение требований к тестированию.



Я понимаю, что Школьный Округ Филадельфии, школьная медсестра и/или партнер по тестированию не выступают в качестве поставщика медицинских услуг моего ребенка и что это тестирование не заменяет лечение моего ребенка у поставщика медицинских услуг, и я беру на себя полную ответственность за последующее наблюдение у поставщика медицинских услуг для определения надлежащих действий в отношении результатов тестирования моего ребенка.

Дата: _____

Подпись родителя/опекуна: _____