**ແບບຟອມການຍິນຍອມເຫັນດີສໍາລັບການກວດ ແອນຕິເຈນ ພະຍາດ ໂຄວິດ-19 ແລະ ໄຂ້ຫວັດໃຫ່ຍ A+B ຢ່າງໄວ**

|  |
| --- |
| ຊື່ຂອງນັກຮຽນ: |
| ວັນເດືອນປີເກີດຂອງນັກຮຽນ: |
| ໂຮງຮຽນ: |
| ຊື່ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ: |
| ທີ່ຢູ່ຂອງເຮືອນ: |
| ເບີໂທລະສັບ: |

**ກະລຸນາອ່ານແຈ້ງການກ່ຽວກັບການຍິນຍອມເຫັນດີທີ່ໄດ້ແຈ້ງຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງລະອຽດ ແລະ ເຊັນການອະນຸຍາດເພື່ອກວດຫາເຊື້ອພະຍາດ ໂຄວິດ-19.**

1. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການກວດຫາເຊື້ອພະຍາດ ໂຄວິດ-19 ແລະ ໄຂ້ຫວັດໃຫ່ຍ A+B ຂອງນັກຮຽນທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງຈະຖືກດໍາເນີນໂດຍຜ່ານ **<insert name of test>** ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Department of Health (ພະແນກ ສາທາລະນະສຸກ) ຂອງລັດ Washington ແລະ ຮັບຮູ້ວ່າ *ເອກະສານບອກຂໍ້ເທັດຈິງສໍາລັບແຕ່ລະຄົນ* ສໍາລັບການກວດໄດ້ມີໃຫ້ກັບຂ້າພະເຈົ້າ.
2. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຄວາມສາມາດຂອງນັກຮຽນທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງທີ່ຈະໄດ້ຮັບການກວດຕາມຂີດຈໍາກັດຕໍ່ອຸປະກອນການກວດທີ່ມີ.
3. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າໜ່ວຍງານທີ່ດໍາເນີນການກວດບໍ່ໄດ້ເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການແພດຂອງນັກຮຽນທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງ. ການກວດບໍ່ໄດ້ແມ່ນເຮັດທົດແທນການປິ່ນປົວໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການແພດ. ຂ້າພະເຈົ້າຖືວ່າສົມບູນ ແລະ ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບເຕັມທີ່ຕໍ່ການດໍາເນີນການທີ່ເໝາະສົມກ່ຽວກັບຜົນການກວດ, ລວມທັງການຊອກຫາຄໍາແນະນໍາດ້ານການແພດ, ການດູແລ, ແລະ ການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການແພດ ຫຼື ໜ່ວຍງານດູແລສຸຂະພາບອື່ນ ຖ້າຫາກວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຄວາມກັງວົນ, ຖ້ານັກຮຽນທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງເກີດອາການ ຂອງພະຍາດ ໂຄວິດ-19 ແລະ ໄຂ້ຫວັດໃຫ່ຍ A+B, ຫຼື ຖ້າຫາກວ່າ ອາການປ່ວຍຂອງນັກຮຽນທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງຮ້າຍແຮງກວ່າເກົ່າ.
4. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ, ຄືກັນກັບການກວດທາງການແພດອື່ນໆ, ມີທ່າແຮງສໍາລັບຜົນກວດຫາເຊື້ອພະຍາດ ໂຄວິດ-19 ແລະ ໄຂ້ຫວັດໃຫ່ຍ A+B ທີ່ເປັນບວກ ຫຼື ເປັນລົບ.
5. ຂ້າພະເຈົ້າໃຈວ່າມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈະຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງນັກຮຽນທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງຮູ້ຜົນການກວດທີ່ເປັນບວກ, ແລະ ວ່າສໍາເນົາຈະບໍ່ຖືກສົ່ງໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງນັກຮຽນທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງສໍາລັບຂ້າພະເຈົ້າ.
6. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຜົນການກວດແອນຕິເຈນຈະໄດ້ຮັບພາຍໃນເວລາ 15-30 ນາທີ.
7. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ຮັບຮູ້ວ່າຜົນການກວດແອນຕິເຈນທີ່ເປັນບວກເປັນຕົວຊີ້ບອກວ່ານັກຮຽນທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງຕ້ອງໄດ້ກັກບໍລິເວນຕົວເອງເພື່ອຫຼີກເວັ້ນການຕິດເຊື້ອສູ່ຄົນອື່ນ.
8. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ເຖິງຈຸດປະສົງການກວດ, ຂັ້ນຕອນ, ແລະ ຄວາມສ່ຽງ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະມີ

ໂອກາດຖາມຄໍາຖາມກ່ອນດໍາເນີນການກວດຫາເຊື້ອພະຍາດ ໂຄວິດ-19 ແລະ ໄຂ້ຫວັດໃຫ່ຍ A+B. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການໃຫ້ນັກຮຽນທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງສືບຕໍ່ການກວດວິນິດໄສຂອງພະຍາດ ໂຄວິດ-19 ແລະ ໄຂ້ຫວັດໃຫ່ຍ A+B, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະສາມາດປະຕິເສດການກວດໄດ້.

1. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າເພື່ອຮັບປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພຂອງສາທາລະນະຊົນ ແລະ ເພື່ອຄວບຄຸມການແຜ່ລະບາດຂອງພະຍາດ ໂຄວິດ-19 ແລະ ໄຂ້ຫວັດໃຫ່ຍ A+B, ຜົນການກວດອາດຈະຖືກແບ່ງປັນໂດຍບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດເປັນລາຍບຸກຄົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
2. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຜົນການກວດຈະຖືກເປີດເຜີຍຕໍ່ກັບ ໜ່ວຍງານ ສາທາລະນະສຸກທີ່ເໝາະສົມຕາມທີ່ກົດໝາຍຮຽກຮ້ອງ.
3. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະສາມາດຖອນການຍິນຍອມເຫັນດີຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕໍ່ກັບການກວດໄດ້ທຸກເວລາກ່ອນທີ່ມັນຈະຖືກດໍາເນີນ.

**ການອະນຸຍາດ/ຍິນຍອມເຫັນດີໃຫ້ກວດຫາເຊື້ອພະຍາດ ໂຄວິດ-19 ແລະ ໄຂ້ຫວັດໃຫ່ຍ A+B**

* ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມເຫັນດີອະນຸຍາດໃຫ້ນັກຮຽນທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງເຂົ້າຮັບການກວດຫາເຊື້ອພະຍາດ ໂຄວິດ-19 ແລະ ໄຂ້ຫວັດໃຫ່ຍ A+B.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ ວັນທີ

* ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມເຫັນດີຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການກວດຫາເຊື້ອພະຍາດ ໂຄວິດ-19 ແລະ ໄຂ້ຫວັດໃຫ່ຍ A+B.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ນັກຮຽນ (ອາຍຸ 18 ປີ ຫຼື ສູງກວ່ານັ້ນ) ລາຍເຊັນ ວັນທີ