**Formulário de consentimento para teste rápido de antígeno para COVID-19 e influenza A+B**

|  |
| --- |
| Nome do aluno: |
| Data de nascimento do aluno: |
| Escola: |
| Nome dos pais/responsáveis: |
| Endereço residencial: |
| Número de telefone: |

**Leia com atenção o seguinte aviso de consentimento informado e assine a autorização para a realização do teste de COVID-19 e influenza A+B.**

1. Eu entendo que o teste de COVID-19 e influenza A+B do aluno acima mencionado será realizado por meio de um teste <insert name of test> fornecido pelo Washington State Department of Health (Departamento de Saúde do Estado de Washington) e afirmo que o *Informativo* sobre o teste foi disponibilizado para mim.
2. Eu entendo que será possível que o aluno realize o teste de acordo com a disponibilidade de materiais para o teste.
3. Eu entendo que a entidade que está realizando o teste não é o responsável médico do aluno acima mencionado. O teste não substitui o tratamento médico. Assumo a responsabilidade total de tomar as medidas adequadas em relação aos resultados do teste, incluindo a procura por assistência, cuidados e tratamento médicos ou outra entidade de saúde caso tenha dúvidas ou preocupações, se o aluno acima mencionado apresentar sintomas de COVID-19 e influenza A+B ou se a sua condição piorar.
4. Eu entendo que, como qualquer outro teste laboratorial, existe a possibilidade de um resultado do teste de COVID-19 e influenza A+B ser falso-positivo ou falso-negativo.
5. Eu entendo que é de minha responsabilidade informar o provedor de assistência médica do aluno em questão com relação a um resultado positivo no teste, mas que não enviarei uma cópia para o provedor de assistência médica responsável do aluno.
6. Eu entendo que o resultado do teste de antígeno estará disponível entre 15 e 30 minutos.
7. Eu entendo e reconheço que um resultado de teste de antígeno positivo é uma indicação de que o aluno aqui mencionado precisa se isolar para evitar infectar outras pessoas.
8. Fui informado sobre a finalidade, os procedimentos, os riscos e benefícios possíveis relacionados ao teste. Terei a

oportunidade de tirar minhas dúvidas antes de realizar o teste de COVID-19 e influenza A+B. Eu entendo que, caso não queira que o aluno acima mencionado realize o teste de diagnóstico para a COVID-19 e influenza A+B, poderei recusar o teste.

1. Eu entendo que, para a garantia da saúde e segurança públicas, assim como o controle da disseminação da COVID-19 e da influenza A+B, os resultados do teste podem ser compartilhados sem minha autorização pessoal.
2. Eu entendo que os resultados do teste serão divulgados às autoridades de saúde pública competentes, conforme exigido por lei.
3. Eu entendo que posso retirar o meu consentimento para realizar o teste a qualquer momento antes dele ser realizado.

**AUTORIZAÇÃO/CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE COVID-19 E INFLUENZA A+B**

* Eu autorizo o aluno acima mencionado a realizar o teste de COVID-19 e influenza A+B.

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

Assinatura do pai/responsável: Data

* Eu autorizo a realização do teste de COVID-19 e influenza A+B.

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

Assinatura do aluno (idade igual ou superior a 18 anos) Data