**အမြန် ကိုဗစ်-19 အန်တီဂျင် စစ်ဆေးမှု အတွက် နားလည်သိရှိပြီး သဘောတူညီမှု ပုံစံ**

|  |
| --- |
| ကျောင်းသား ၏ အမည်။ ။ |
| ကျောင်းသား ၏ မွေးသက္ကရာဇ်။ ။ |
| ကျောင်း။ ။ |
| မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ ၏ အမည်(များ)။ ။ |
| အိမ် လိပ်စာ။ ။ |
| ဖုန်း နံပါတ်။ ။ |

**ကိုဗစ်-19 စစ်ဆေးရန်အတွက် အောက်ပါ နားလည်သိရှိပြီး သဘောတူညီချက် အကြောင်းကြားစာကို သေချာစွာ ဖတ်ရှု့ပြီး ခွင့်ပြုချက် ကို လက်မှတ်ထိုးပေးပါ။**

1. အထက်တွင်-နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသားကို ကိုဗစ်-19 စစ်ဆေးခြင်းကို Washington State Department of Health (ဝါရှင်တန် ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန) က စီစဉ်ပေးထားသည့် **<insert name of test>** နှင့်ပြုလုပ်မည် ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်ကို ထုတ်ပေးထားသည့် ဆေးစစ်ခြင်းနှင့်ပတ်သက်သည့် တစ်ယောက်ချင်းစီအတွက် အချက်အလက် စာရွက် ကို လက်ခံရရှိပြီး ဖြစ်ကြောင်း နားလည်သိရှိ အသိအမှတ်ပြုပါသည်။
2. အထက်တွင်-နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသားကို ဆေးစစ်ပေးနိုင်ရန်မှာ စစ်ဆေးသည့် ကိရိယာများ ရရှိမှုပေါ်တွင်မူတည်ပြီး အကန့်အသတ်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။
3. ဆေးစစ်မှုကို ပြုလုပ်သေးသူသည် အထက်တွင်-နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသား၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ပေးသူအနေဖြင့် ပြုမူလုပ်ဆောင်ပေးခြင်းမဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည် သိရှိပါသည်။ စစ်ဆေးခြင်းသည် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်သူတစ်ယောက်၏ ကုသမှုကို အစားမထိုးနိုင်ပါ။ ကျွန်ုပ်သည် ကျန်းမာရေး အကြံဉာဏ်များ၊ စောင့်ရှောက်မှုများ နှင့် ကုသမှုများကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူထံမှရယူခြင်း သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တွင် မေးမြန်းလိုသည်များ စိုးရိမ်သည်များရှိလျှင် အခြားကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ပေးသည့် သူကို မေးမြန်းခြင်း သို့မဟုတ် အထက်တွင်-နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသားတွင် ကိုဗစ်-19 ရောဂါလက္ခဏာများ ခံစားလာရလျှင် သို့မဟုတ် အထက်တွင်-နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသား၏ ကျန်းမာရေးအခြေအနေပိုမိုဆိုးရွားလာလျှင် စသည်တို့အပါအဝင် ဆေးစစ်ရလဒ်နှင့်ပတ်သက်ပြီး သင့်တင့်လျောက်ပတ်သည့် လုပ်ဆောင်ချက်များကို လုပ်ဆောင်ရန် အပြည့်အဝတာဝန်ယူပါမည်။
4. အခြားဆေးစစ်ဆေးမှုများနည်းတူ ကိုဗစ်-19 ဆေးစစ်ရလဒ်တွင် ပိုးမရှိဘဲ ပိုးတွေ့နေခြင်း သို့မဟုတ် ပိုးရှိလျှက် ပိုးမတွေ့ခြင်းများဖြစ်နိုင်ခြေရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။
5. အထက်တွင်-နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသားတွင် ပိုးရှိကြောင်း စစ်ဆေးတွေ့ရှိရလျှင် သူ၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူကို အကြောင်းကြားရန်မှာ ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်သာဖြစ်ပြီး အထက်တွင်-နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသား၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်သူထံသို့ ဆေးစစ်ရလဒ်မိတ္တူတစ်စောင်ကို ပေးပို့လိမ့်မည် မဟုတ်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။
6. အန်တီဂျင် စစ်ဆေးမှုရလဒ်ကို 15-30 မိနစ်အတွင်း ရရှိလိမ့်မည်ဖြစ်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။
7. အန်တီဂျင် စစ်ဆေးမှုရလဒ်တွင် ပိုးတွေ့ခြင်းသည် အထက်တွင်-နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသားအနေဖြင့် အခြားသူများကို ကူးစက်စေခြင်းကို ရှောင်ရှားနိုင်ရန် မိမိကိုယ်ကို-သီးခြားခွဲနေရန် လိုအပ်ကြောင်း ဖော်ပြနေသည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။
8. ကျွန်ုပ်အား စစ်ဆေးမှု၏ ရည်ရွယ်ချက်၊ လုပ်ထုံးလုပ်နည်း နှင့် ရှိနိုင်သော အန္တရာယ် နှင့် အကျိုးကျေးဇူးများကို ရှင်းပြပေးပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည်

ကိုဗစ်-19 ဆေးစစ်မှုကို မပြုလုပ်မီ မေးခွန်းများကို မေးမြန်းခွင့်ရရှိ ပါလိမ့်မည်။ အကယ်၍ အထက်တွင်-နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသားအား ကိုဗစ်-19 ရောဂါရှာဖွေသော ဆေးစစ်မှုကို မပြုလုပ်စေလိုလျှင် ဆေးစစ်ပေးမှုကို ငြင်းဆိုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။

1. ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး နှင့် ဘေးကင်းလုံခြုံရေး နှင့် ကိုဗစ်-19 ပျံ့နှံ့မှုကို ထိန်းချုပ်နိုင်ရန်အတွက် စစ်ဆေးမှုရလဒ်များကို

ကျွန်ုပ်၏ ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ မျှဝေခံရလိမ့်မည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။

1. ဆေးစစ်ရလဒ်များကို ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသော သင့်တင့်လျောက်ပတ်သော ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးအာဏာပိုင်များထံ ဖွင့်ဟခံရလိမ့်မည်ဖြစ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။
2. ဆေးစစ်ခံရန် သဘောတူညီချက်ကို မပြုလုပ်ရသေးမီ မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ပြန်ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။

**ကိုဗစ်-19 ရှိမရှိ စစ်ဆေးရန် ခွင့်ပြုချက်/နာလည်သိရှိပြီး သဘောတူညီချက်**

* ကျွန်ုပ်သည် အထက်တွင်-နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသားအား ကိုဗစ်-19 ရှိမရှိ စစ်ဆေးခြင်ကို ခွင့်ပြုရန် နားလည်သိရှိပြီး သဘောတူညီပါသည်။

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

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ ၏ လက်မှတ် ရက်စွဲ

* ကိုဗစ်-19 ရှိမရှိ စစ်ဆေးခြင်းကို ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပြီး သဘောတူညီပါသည်။

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

ကျောင်းသား (18 သို့မဟုတ် ပိုကြီးသော) ၏ လက်မှတ် ရက်စွဲ