**Форма згоди на проходження експрес-тесту на антиген COVID-19**

|  |
| --- |
| Ім’я та прізвище учня: |
| Дата народження: |
| Школа: |
| Ім’я та прізвище одного з батьків або опікуна: |
| Домашня адреса: |
| Номер телефону: |

**Будь ласка, уважно прочитайте цю заяву про згоду й підпишіть дозвіл на проведення тесту на COVID-19.**

1. Я розумію, що тестування вищевказаного учня на наявність антигену COVID-19 буде організовано Washington State Department of Health (Департаментом охорони здоров’я штату Вашингтон) і проведено за допомогою тесту ***<insert name of test>***. Я також підтверджую, що мені було надано *інформаційний листок для осіб*, які бажають пройти тестування.
2. Я розумію, що можливість проходження тесту вищевказаним учнем обмежена наявністю витратних матеріалів для тестування.
3. Я усвідомлюю, що організація, яка проводить тестування, не є постачальником медичних послуг для вищевказаного учня. Тестування не є заміною лікування в медичному закладі. Я беру на себе повну і всебічну відповідальність за заходи, що будуть вжиті на основі результатів тесту, включно з консультацією і лікуванням у лікаря або в будь-якому іншому медичному закладі у разі виникнення питань або побоювань, якщо у вищевказаного учня з’являться симптоми COVID-19 або його стан погіршиться.
4. Я розумію, що, як і в разі проведення будь-якого медичного тестування, існує ймовірність помилкового результату тесту на COVID-19.
5. Я усвідомлюю, що в мої обов’язки входить інформування лікаря вищевказаного учня про позитивний результат тесту, і що ніхто, крім мене, не відправить копію результатів лікарю вищевказаного учня.
6. Я розумію, що результат тесту на антиген буде готовий через 15–30 хвилин.
7. Я визнаю, що позитивний результат тесту на антиген є підставою для самоізоляції вищевказаного учня, щоб уникнути зараження інших.
8. Мені надано інформацію про мету тестування, порядок його проведення, потенційні ризики й переваги. Перед проведенням тестування на COVID-19

я матиму можливість запитати про все, що мене цікавить. Я розумію, що якщо я не хочу, щоб вищезгаданий учень продовжував проходити тест на COVID-19, у мене є право відмовитися від тестування.

1. Я розумію, що для забезпечення безпеки у сфері охорони громадського здоров’я і контролю над поширенням COVID-19 результати тесту можуть

бути розголошені без мого особистого дозволу.

1. Я розумію, що результати тесту буде передано до відповідних органів охорони здоров’я відповідно до законодавства.
2. Я розумію, що можу будь-коли скасувати свою згоду на тестування до початку його проведення.

**ДОЗВІЛ/ЗГОДА НА ПРОВЕДЕННЯ ТЕСТУ НА COVID-19**

* Я даю згоду на проходження вищевказаним учнем тесту на COVID-19.

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

Підпис одного з батьків або опікуна Дата

* Я даю згоду на проходження тесту на COVID-19.

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

Підпис учня, який досягнув 18 років Дата