**கோவிட்-19 ஆன்டிஜென் பரிசோதனைக்கான ஒப்புதல் படிவம்**

|  |
| --- |
| மாணவர் பெயர்: |
| மாணவரின் பிறந்த தேதி: |
| பள்ளி: |
| பெற்றோர்/பாதுகாவலர் பெயர்(கள்): |
| வீட்டு முகவரி: |
| தொலைபேசி எண்: |

**தயவுசெய்து பின்வரும் தகவலறிந்த ஒப்புதல் அறிக்கையை கவனமாகப் படித்து, கோவிட்-19 பரிசோதனை மேற்கொள்வதற்கான அங்கீகாரத்தில் கையெழுத்திடுங்கள்.**

1. மேற்குறிப்பிட்ட மாணவருக்கான கோவிட்-19 சோதனை Washington State Department of Health (வாஷிங்டன் மாநில சுகாதாரத் துறை) வழங்கும் ***<insert name of test>*** வழியாக நடத்தப்படும் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன். மேலும் பரிசோதனை செய்து கொள்வதற்கான தனிநபர்களுக்கான தகவல் தாள் எனக்குக் கிடைத்துள்ளது என்பதை ஒப்புக்கொள்கிறேன்.
2. மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள மாணவருக்கான பரிசோதனையானது பரிசோதனைக்கானப் பொருட்கள் கிடைப்பதை பொருத்தது என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.
3. பரிசோதனையைச் செய்யும் நிறுவனம் மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள மாணவரின் மருத்துவ வழங்குநராக செயல்படவில்லை என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன். பரிசோதனையானது ஒரு மருத்துவ வழங்குநரால் வழங்கப்படும் சிகிச்சைக்கு மாற்றாகாது. மேலே குறிப்படப்பட்டுள்ள மாணவருக்கு கோவிட்-19 அறிகுறிகள் ஏற்பட்டாலோ அல்லது மாணவரின் நிலை மோசமடைந்தாலோ, பரிசோதனை முடிவுகள் குறித்து கேள்விகள் அல்லது சந்தேகங்கள் இருந்தாலோ, மருத்துவ வழங்குநரிடமிருந்தோ அல்லது பிற சுகாதாரப் பாதுகாப்பு நிறுவனத்திடமிருந்தோ மருத்துவ ஆலோசனை, கவனிப்பு மற்றும் சிகிச்சையைப் பெறுவது உள்ளிட்ட சோதனை முடிவுகளைப் பொறுத்தவரை தகுந்த நடவடிக்கை எடுப்பதற்கான முழுமையான மற்றும் முழுப் பொறுப்பையும் நான் ஏற்றுக்கொள்கிறேன்.
4. எந்தவொரு மருத்துவ பரிசோதனையையும் போலவே, கோவிட்-19 சோதனை முடிவுகள் தவறான முறைகளில் உறுதிப்படுத்தப்படுவதற்கு வாய்ப்புள்ளது என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.
5. பாதிப்பு உறுதி செய்யப்பட்ட சோதனை முடிவை மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள மாணவரின் சுகாதாரப் பாதுகாப்பு வழங்குநருக்கு தெரிவிப்பது எனது பொறுப்பு என்பதையும் அதன் நகல் மாணவரின் சுகாதாரப் பாதுகாப்பு வழங்குநருக்கு அனுப்பப்படாது என்பதையும் நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.
6. ஆன்டிஜென் பரிசோதனை முடிவானது 15-30 நிமிடங்களில் கிடைக்கும் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்
7. தொற்று உறுதி செய்யப்பட்ட ஆன்டிஜென் சோதனை முடிவானது,மற்றவர்களுக்கு தொற்று ஏற்படுவதைத் தவிர்ப்பதற்கு மேலே குறிப்பிடப்படுள்ள மாணவர் சுயமாக தனிமைப்படுத்திக் கொள்ள வேண்டும் என்பதற்கான அறிகுறியாகும் என்பதை நான் புரிந்துகொண்டு ஒப்புக்கொள்கிறேன்.
8. பரிசோதனையின் நோக்கம், நடைமுறைகள் மற்றும் சாத்தியமான அபாயங்கள் மற்றும் நன்மைகள் பற்றி எனக்கு தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. கோவிட்-19 பரிசோதனைக்கு

முன் எனது சந்தேகங்களை கேட்க எனக்கு வாய்ப்பு உள்ளது. மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள மாணவர் கோவிட்-19 கண்டறியும் சோதனையை செய்து கொள்ள விரும்பவில்லை என்றால், நான் சோதனையை நிராகரிக்கலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

1. பரிசோதனை முடிவுகளை பொது சுகாதாரம் மற்றும் பாதுகாப்பை உறுதி செய்வதற்கும், COVID-19 பரவுவதைக் கட்டுப்படுத்துவதற்கும்,

எனது தனிப்பட்ட அனுமதியின்றி பகிரலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்

1. சட்டம் கோரினால், உரிய பொது சுகாதார அதிகாரிகளுக்கு சோதனை முடிவுகள் வெளியிடப்படும் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.
2. பரிசோதனைக்கு முன் எந்த நேரத்திலும் எனது ஒப்புதலை நான் திரும்பப் பெறலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

**கோவிட்-19 பரிசோதனைக்கான சம்மதம்/அங்கீகாரம்**

* கோவிட்-19 பரிசோதனை மேற்கொள்ள மேற்கண்ட மாணவருக்கு அங்கீகாரம் அளிக்க நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

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

பெற்றோர்/பாதுகாவலர் கையொப்பம் தேதி

* நான் கோவிட் -19 பரிசோதனை மேற்கொள்ள ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

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

மாணவர் (18 அல்லது அதற்கு மேற்பட்டவர்கள்) கையெழுத்து தேதி