**အမြန် ကိုဗစ်-19 နှင့် တုပ်ကွေး A+B အန်တီဂျင် စစ်ဆေးမှုအတွက် နားလည်သိရှိပြီး သဘောတူညီမှုပုံစံ**

|  |
| --- |
| ကျောင်းသား၏ အမည်။ ။ |
| ကျောင်းသား၏ မွေးသက္ကရာဇ်။ ။ |
| ကျောင်း။ ။ |
| မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်(များ)။ ။ |
| အိမ်လိပ်စာ။ ။ |
| ဖုန်းနံပါတ်။ ။ |

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

1. အထက်တွင် နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသားကို ကိုဗစ်-19 နှင့်တုပ်ကွေး A+B စစ်ဆေးခြင်းကို Washington State Department of Health (ဝါရှင်တန်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန) က စီစဉ်ပေးထားသည့် **<insert name of test>** နှင့်ပြုလုပ်မည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်ကို ထုတ်ပေးထားသည့် *ဆေးစစ်ခြင်းနှင့်ပတ်သက်သည့် တစ်ယောက်ချင်းစီအတွက် အချက်အလက်စာရွက်* ကို လက်ခံရရှိပြီးဖြစ်ကြောင်း နားလည်သိရှိ အသိအမှတ်ပြုပါသည်။
2. အထက်တွင် နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသားကို ဆေးစစ်ပေးနိုင်ရန်မှာ စစ်ဆေးသည့် ကိရိယာများ ရရှိမှုပေါ်တွင်မူတည်ပြီး အကန့်အသတ်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။
3. ဆေးစစ်မှုကို ပြုလုပ်ပေးသူသည် အထက်တွင် နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသားကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ပေးသူအနေဖြင့် ပြုမူလုပ်ဆောင်ပေးခြင်းမဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည် သိရှိပါသည်။ စစ်ဆေးခြင်းသည် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်သူတစ်ယောက်၏ ကုသမှုကို အစားမထိုးနိုင်ပါ။ ကျွန်ုပ်သည် ကျန်းမာရေး အကြံဉာဏ်များ၊ စောင့်ရှောက်မှုများနှင့် ကုသမှုများကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူထံမှရယူခြင်း သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်မေးမြန်းလိုသည်များ၊ စိုးရိမ်သည်များရှိလျှင် အခြားကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ပေးသည့်သူကို မေးမြန်းခြင်း သို့မဟုတ် အထက်တွင် နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသားတွင် ကိုဗစ်-19 နှင့်တုပ်ကွေး A+B ရောဂါလက္ခဏာများ ခံစားလာရလျှင် သို့မဟုတ် အထက်တွင် နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသား၏ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ပိုမိုဆိုးရွားလာလျှင် စသည်တို့အပါအဝင် ဆေးစစ်ရလဒ်နှင့်ပတ်သက်ပြီး သင့်တင့်လျောက်ပတ်သည့် လုပ်ဆောင်ချက်များကို လုပ်ဆောင်ရန် အပြည့်အဝတာဝန်ယူပါမည်။
4. အခြားဆေးစစ်ဆေးမှုများနည်းတူ ကိုဗစ်-19 နှင့်တုပ်ကွေး A+B ဆေးစစ်ရလဒ်တွင် ပိုးမရှိဘဲ ပိုးတွေ့နေခြင်း သို့မဟုတ် ပိုးရှိလျက် ပိုးမတွေ့ခြင်းများ ဖြစ်နိုင်ခြေရှိကြောင်း 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၊ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းနှင့် ရှိနိုင်သော အန္တရာယ်နှင့် အကျိုးကျေးဇူးများကို ရှင်းပြပေးပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည်

ကိုဗစ်-19 နှင့်တုပ်ကွေး A+B ဆေးစစ်မှုကို မပြုလုပ်မီ မေးခွန်းများကို မေးမြန်းခွင့် ရရှိပါလိမ့်မည်။ အကယ်၍ အထက်တွင် နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသားအား ကိုဗစ်-19 နှင့်တုပ်ကွေး A+B ရောဂါရှာဖွေသော ဆေးစစ်မှုကို မပြုလုပ်စေလိုလျှင် ဆေးစစ်ပေးမှုကို ငြင်းဆိုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။

1. ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးနှင့် ဘေးကင်းလုံခြုံရေးကို စိတ်ချရစေရန်နှင့် ကိုဗစ်-19 နှင့်တုပ်ကွေး A+B ပျံ့နှံ့မှုကို ထိန်းချုပ်နိုင်ရန်အတွက် စစ်ဆေးမှုရလဒ်များကို

ကျွန်ုပ်၏ ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ မျှဝေခံရလိမ့်မည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။

1. ဆေးစစ်ရလဒ်များကို ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသည့် သင့်တင့်လျောက်ပတ်သော ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးအာဏာပိုင်များထံ ဖွင့်ဟခံရလိမ့်မည်ဖြစ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။
2. ဆေးစစ်မှုကို မပြုလုပ်ရသေးမီ မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို သဘောတူညီချက်ကို ပြန်ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပါသည်။

**ကိုဗစ်-19 နှင့်တုပ်ကွေး A+B ရှိမရှိ စစ်ဆေးရန် ခွင့်ပြုချက်/နားလည်သိရှိပြီး သဘောတူညီချက်**

* ကျွန်ုပ်သည် အထက်တွင် နာမည်တပ်ထားသော ကျောင်းသားအား ကိုဗစ်-19 နှင့်တုပ်ကွေး A+B ရှိမရှိ စစ်ဆေးခြင်းကို ခွင့်ပြုရန် နားလည်သိရှိပြီး သဘောတူညီပါသည်။

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

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ် ရက်စွဲ

* ကိုဗစ်-19 နှင့်တုပ်ကွေး A+B ရှိမရှိ စစ်ဆေးခြင်းကို ကျွန်ုပ်နားလည်သိရှိပြီး သဘောတူညီပါသည်။

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

ကျောင်းသား (အသက် 18 နှစ်နှင့်အထက်) ၏ လက်မှတ် ရက်စွဲ