**کووڈ-19 کے تیز رفتار اینٹی جن ٹیسٹ کی اجازت کا فارم**

|  |
| --- |
| طالب علم کا نام: |
| طالب علم کی تاریخ پیدائش: |
| اسکول: |
| والدین/سرپرست کا نام: |
| گھر کا پتہ: |
| فون نمبر: |

**براہ کرم آگاہی پر مبنی اجازت کا درج ذیل نوٹس بغور پڑھیں اور کووڈ-19 کے ٹیسٹ کی اجازت پر دستخط کریں۔**

1. مجھے ادراک ہے کہ درج بالا طالب علم کا کووڈ-19 ٹیسٹ Washington State Department of Health (محکمۂ صحت برائے ریاست واشنگٹن) کے فراہم کردہ **<insert name of test>** کے ذریعے کیا جائے گا، اور تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ ٹیسٹ کے لئے *افراد کی فیکٹ شیٹ* میرے لئے دستیاب کی گئی ہے۔
2. مجھے ادراک ہے کہ درج بالا طالب علم کے ٹیسٹ کروانے کی اہلیت ٹیسٹ کے سازوسامان کی دستیابی پر منحصر ہے۔
3. مجھے ادراک ہے کہ ٹیسٹ کرنے والا ادارہ درج بالا طالب علم کے معالج کے طور پر کام نہیں کر رہا۔ ٹیسٹ کروانا کسی معالج سے علاج کروانے کا متبادل نہیں ہے۔ میں ٹیسٹ کے نتائج کے متعلق مناسب کاروائی کی مکمل اور پوری ذمہ داری لیتا/لیتی ہوں، بشمول سوالات یا تحفظات ہونے، درج بالا طالب علم میں کووڈ-19 کی علامات ظاہر ہونے یا درج بالا طالب علم کی حالت بدتر ہونے کی صورت میں کسی معالج یا دیگر نگہداشت صحت کے ادارے سے مشورے، نگہداشت اور علاج کا حصول۔
4. مجھے ادراک ہے کہ ہر طبی ٹیسٹ کی طرح کووڈ-19 ٹیسٹ کا نتیجہ مثبت یا منفی آنے کا امکان موجود ہے۔
5. مجھے ادراک ہے کہ مثبت نتیجہ آنے کی صورت میں درج بالا طالب علم کے طبی معالج کو اطلاع دینا میری ذمہ داری ہے، اور یہ کہ میری طرف سے درج بالا طالب علم کے طبی معالج کو نتیجے کی نقل ارسال نہیں کی جائے گی۔
6. مجھے ادراک ہے کہ اینٹی جن ٹیسٹ کے نتائج 15-30 منٹ میں دستیاب ہو جائیں گے۔
7. مجھے ادراک ہے اور تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ اینٹی جن ٹیسٹ کا مثبت نتیجہ ظاہر کرتا ہے کہ دوسروں کو متاثر کرنے سے بچنے کے لئے درج بالا طالب علم کو ذاتی علیحدگی اختیار کرنے کی ضرورت ہے۔
8. مجھے ٹیسٹ کا مقصد، طریقہ کار اور ممکنہ خطرات و فوائد سے آگاہ کیا گیا ہے۔ مجھے کووڈ-19 ٹیسٹ

کروانے سے قبل سوالات کرنے کا موقع ملے گا۔ مجھے ادراک ہے کہ اگر میں درج بالا طالب علم کے کووڈ-19 کی تشخیص کا ٹیسٹ کروانے سے متفق نہ ہوں تو میں ٹیسٹ سے انکار کر سکتا/سکتی ہوں۔

1. مجھے ادراک ہے کہ عوام کی صحت و تحفظ کو یقینی بنانے اور کووڈ-19 کے پھیلاؤ پر قابو پانے کے لئے میری انفرادی اجازت کے بغیر

ٹیسٹ کے نتائج کا اشتراک کیا جا سکتا ہے۔

1. مجھے ادراک ہے کہ قانونی تقاضے کے مطابق صحت عامہ کے متعلقہ حکام کے سامنے ٹیسٹ کے نتائج ظاہر کیے جائیں گے۔
2. مجھے ادراک ہے کہ میں ٹیسٹ کروانے سے پہلے کسی بھی وقت ٹیسٹ کی اجازت واپس لے سکتا/سکتی ہوں۔

**کووڈ-19 کے ٹیسٹ کی اجازت/رضامندی**

* میں درج بالا طالب علم کے کووڈ-19 ٹیسٹ کروانے پر رضامند ہوں۔

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

والدین/سرپرست کے دستخط تاریخ

* میں کووڈ-19 ٹیسٹ کروانے پر رضامند ہوں۔

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

(18 سالہ یا زائد عمر کے) طالب علم کے دستخط تاریخ