**ទម្រង់បែបបទយល់ព្រមសម្រាប់ការធ្វើតេស្តអង់ទីហ្សែនរកជំងឺ COVID-19**

|  |
| --- |
| ឈ្មោះសិស្ស៖ |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់សិស្ស៖ |
| សាលារៀន៖ |
| ឈ្មោះរបស់ឪពុកម្ដាយ/អាណាព្យាបាល៖ |
| អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖ |
| លេខទូរសព្ទ​៖ |

**សូមអាន​ការជូនដំណឹងអំពីការយល់ព្រម​ដោយទទួលបានព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់​ខាងក្រោមនេះ ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ហើយចុះហត្ថលេខាលើ​ការ​អនុញ្ញាត​ឲ្យធ្វើតេស្តរកជំងឺ COVID-19។**

1. ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថាការធ្វើតេស្តរកជំងឺ COVID-19 ទៅលើសិស្សដែលមានឈ្មោះដូចខាងលើ នឹងត្រូវបានធ្វើឡើង​តាមរយៈ <*insert name of test*> ដែលត្រូវបានផ្ដល់ជូនដោយ Washington State Department of Health (ក្រសួងសុខាភិបាលនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន) និងទទួលស្គាល់ថា *សលាកបត្រព័ត៌មានសម្រាប់បុគ្គល* ដើម្បី​ឲ្យការធ្វើតេស្តនោះ​អាច​ផ្តល់​ជូន​ខ្ញុំបាន។
2. ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា លទ្ធភាព​ដែលសិស្សមានឈ្មោះខាងលើ​អាច​ទទួល​បានការធ្វើតេស្ត ​គឺត្រូវបានកម្រិត​ទៅតាម​លទ្ធភាព​អាច​ផ្តល់ជូនបាននៃ​​សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់​ការធ្វើតេស្ត។
3. ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា អង្គភាព​ដែល​អនុវត្តការធ្វើតេស្ត ​គឺមិនមែនដើរតួជា​អ្នកផ្ដល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ​សម្រាប់​​សិស្សដែលមានឈ្មោះខាងលើនេះទេ។ ការធ្វើតេស្តមិនជំនួសឲ្យការព្យាបាល​ដោយ​អ្នកផ្ដល់សេវា​វេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។ ខ្ញុំ​ទទួលខុសត្រូវពេញលេញនិងទាំងស្រុងក្នុងការ​ចាត់វិធានការសមស្រប​​ពាក់ព័ន្ធទៅនឹង​លទ្ធផលតេស្ត រួមមានការស្វែងរកដំបូន្មានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការថែទាំ និងការព្យាបាលពីអ្នកផ្ដល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬអង្គភាព​ថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ប្រសិនបើខ្ញុំមានចម្ងល់​ឬក្តី​កង្វល់ ប្រសិនបើសិស្សដែលមានឈ្មោះខាងលើចេញរោគសញ្ញានៃជំងឺ COVID-19 ឬប្រសិនបើស្ថានភាពរបស់សិស្សដែលមានឈ្មោះខាងលើ​មានសភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ។
4. ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា ដូចគ្នា​ទៅនឹង​ការធ្វើតេស្តវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយដែរ លទ្ធផល​តេស្ត​រក​ជំងឺ COVID-19 អាចនឹងចេញមកវិជ្ជមានដោយមានកំហុស ឬអវិជ្ជមានដោយមានកំហុស។
5. ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា វាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងការ​ជូនដំណឹង​ដល់អ្នកផ្ដល់ការថែទាំសុខភាព​របស់សិស្សដែលមានឈ្មោះខាងលើ អំពីលទ្ធផល​តេស្តវិជ្ជមាន​ និងយល់ច្បាស់​​ថា ​សំណៅចម្លងមួយច្បាប់​នឹង​មិនត្រូវបានផ្ញើ​ទៅកាន់​អ្នកផ្ដល់ការថែទាំសុខភាព​របស់សិស្សដែលមានឈ្មោះខាងលើ ជំនួសខ្ញុំឡើយ។
6. ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា ​លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តអង់ទីហ្សែនឹង​​អាច​ផ្តល់ជូន​បាន​ក្នុង​រយៈពេល 15-30 នាទី។​
7. ខ្ញុំយល់ច្បាស់និងទទួលស្គាល់ថា ​លទ្ធផលតេស្តអង់ទី​ហ្សែនវិជ្ជមាន គឺជាសញ្ញា​បង្ហាញថាសិស្សដែលមានឈ្មោះខាងលើ ត្រូវការ​ការដាក់ខ្លួន​ឯងឲ្យ​នៅដាច់ដោយឡែក ដើម្បីចៀសវាងការចម្លងទៅអ្នកដទៃ។
8. ខ្ញុំបានទទួលព័ត៌មានអំពីគោលបំណងនៃការធ្វើតេស្ត នីតិវិធី និងហានិភ័យដែលអាចកើតមាន និងអត្ថប្រយោជន៍។ ខ្ញុំនឹងមានឱ​កា​ស​ក្នុងការសួរសំណួរ​មុនពេល​បន្តទៅកាន់ការធ្វើតេស្តរកជំងឺ COVID-19។ ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា​ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនចង់ឲ្យសិស្សដែលមានឈ្មោះខាងលើបន្ត​​ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺ COVID-19 គឺខ្ញុំអាច​បដិសេធការធ្វើតេស្តបាន។
9. ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា ដើម្បីធានាឲ្យបាននូវសុវត្ថិភាពនិងសុខភាពសាធារណៈ និងដើម្បីគ្រប់គ្រង​ការរាលដាល​នៃជំងឺ COVID-19 លទ្ធផលតេស្តអាចនឹង

ត្រូវបានចែករំលែកដោយគ្មានការអនុញ្ញាតដោយ​ផ្ទាល់​របស់ខ្ញុំនោះទេ។

1. ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា លទ្ធផលតេស្តនឹងត្រូវបានបញ្ចេញទៅកាន់អាជ្ញាធរសុខភាពសាធារណៈសមស្រប ដូចបានតម្រូវដោយច្បាប់។
2. ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា​ ខ្ញុំអាច​ដកការយល់ព្រម​របស់ខ្ញុំទៅនឹង​ការធ្វើតេស្ត​បានគ្រប់ពេលវេលា ​មុនពេលដែលការធ្វើតេស្តត្រូវបានធ្វើឡើង។

**ការអនុញ្ញាត/ការយល់ព្រម ទៅនឹង​ការធ្វើតេស្តរកជំងឺ COVID-19**

* ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឲ្យសិស្សដែលមានឈ្មោះខាងលើ​ធ្វើតេស្តរកជំងឺ COVID-19។

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

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្ដាយ/អាណាព្យាបាល កាលបរិច្ឆេទ

* ខ្ញុំយល់ព្រម​ធ្វើតេស្តរកជំងឺ COVID-19។

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

ហត្ថលេខារបស់សិស្ស (អាយុចាប់ពី 18ឆ្នាំឡើងទៅ) កាលបរិច្ឆេទ