رضایتنامه

اعلام رضایت برای انجام آزمایش سریع آنتی ژن برای روشن شدن موارد مشکوک به COVID-19در مدرسه

آزمایش سریع آنتی ژن فقط در صورتی امکانپذیر است که فردی که مورد آزمایش قرار میگیرد یا در مورد دانش آموزانی میباشد که 14 سال تمام باشند.ملاک برای انجام تست و پردازش داده ها در رابطه با تست و نتایج آن موافقت ولی قانونی و سن افراد میباشد.

اطلاعات بیشتر در مورد اجرای تست در یک اطلاعیه کتبی آورده شده است ،که ضمیمه این اعلامیه می باشد.
این اطلاعیه در پیوست نحوه اعلام رضایت را فراهم میکند.

لغو این اعلام رضایت در هر زمان با تأثیر برای آینده امکان پذیر است (از طریق پست ، ایمیل یا فکس به مدرسه). لغو اعلام رضایت،اطلاعات دریافت شدهء افراد را تحت تأثیر قرارنمیدهد و اطلاعات آنها با اطمینان ذخیره میگردد.
فسخ رضایت برروند تست توسط مقامات بهداشت و درمان تأثیر نمی گذارد.

نام و نام خانوادگی فرد مورد آزمایش: .....

آدرس محل زندگی: .....

شماره تلفن / آدرس ایمیل: .....

(ولی قانونی) جهت اعلام نتیجه: .....

- موافقم
- موافق نیستم

چنانچه من یا فرزند زیر 14 سالم به داشتن COVID-19مشکوک باشیم ، یک تست در ناحیه حلق (گلو یا بینی) توسط متخصصان آموزش دیده برای ما انجام شود.

_____,_____

_____

مکان، تاریخ — امضای شخص بالای 14 سال یا نماینده قانونی که باید آزمایش شود

_____

نام (با حروف بزرگ)