



Formulaire de consentement pour mineurs participant au programme de test de la COVID-19

Pour les écoles centrales

En tant que parent ou tuteur légal de l'enfant mineur nommé ci-dessous, j'autorise mon enfant mineur à participer au programme de test LynxDx COVID-19 en concertation avec le Detroit Public Schools Community District. Je consens à ce que mon enfant mineur participe aux tests présents et futurs. J'ai été informé de la possibilité de revenir à tout moment sur le consentement que j'ai donné pour autoriser mon enfant mineur à participer aux tests.

J'ai été informé qu'il sera demandé à mon enfant mineur de fournir un échantillon de salive ou un échantillon d'écouvillonnage nasal antérieur (narine inférieure) qui sera traité par PCR moléculaire pour détecter la présence ou déterminer l'absence du SARS-CoV-2. J'ai été informé que, pour assurer la santé et la sécurité publiques et pour contrôler la propagation de la COVID-19, les résultats des tests de mon enfant mineur seront transmis : (i) au Detroit Public Schools Community District ; et (ii) aux autorités de santé publique compétentes, comme l'exige la loi. Le résultat du test de mon enfant mineur ne sera transmis à aucun autre tiers sans mon autorisation. J'ai été informé que je peux être contacté par l'école de mon enfant mineur et / ou les autorités de santé publique concernant le résultat du test de mon enfant.

J'ai été informé également que, comme pour tout test médical, les risques potentiels de cette procédure incluent la possibilité de résultats de tests faussement positifs ou faussement négatifs.

Avantages potentiels :

- Le résultat peut vous aider à prendre des décisions éclairées concernant les soins à donner à votre enfant.
- Le résultat de ce test peut aider à limiter la propagation de la COVID-19 dans votre famille, votre communauté et votre école.

LynxDx ne fournit aucun service médical ni aucun avis médical. En cas d'urgence médicale, appelez immédiatement votre professionnel de santé ou le 911. LynxDx NE TRANSMETTRA PAS vos résultats à votre professionnel de la santé. Ne prenez pas de décisions médicales sans consulter un professionnel de santé.

J'ai eu la possibilité de poser des questions avant de signer le présent document. J'accepte de recevoir les résultats des tests de mon enfant par SMS et / ou courriel, et j'autorise LynxDx à envoyer à mon enfant mineur son résultat par SMS et / ou courriel.

Nom de l'élève (en caractères d'imprimerie)

Date de naissance de l'élève

Date du jour

Nom du parent / tuteur (en caractères d'imprimerie)

Signature du parent / tuteur

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

Les résultats seront envoyés au numéro de téléphone et / ou à l'adresse courriel fournis ci-dessus.