



অপ্রাপ্তবয়স্কদের কোভিড-১৯ পরীক্ষা করানোর সম্মতি ফরম

কেন্দ্র-ভিত্তিক স্কুলের জন্য

নিচে যে শিশুর নাম উল্লেখ করা হয়েছে তার বাবা-মা অথবা আইনি অভিভাবক হিসেবে আমি আমার অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানকে ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্টের সহযোগিতায় পরিচালিত LynxDx কোভিড-১৯ পরীক্ষা কর্মসূচীতে অংশগ্রহণের অনুমোদন দিচ্ছি। আমি আমার অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানের বর্তমান ও ভবিষ্যত পরীক্ষায় অংশগ্রহণের ব্যাপারে সম্মতি দিচ্ছি। আমি অবগত আছি যে আমি যেকোনো সময়ে আমার অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানের পরীক্ষায় অংশগ্রহণের ব্যাপারে আমার সম্মতি প্রত্যাহার করে নিতে পারি।

আমি বুঝতে পেরেছি যে মলিকিউলার PCR পরীক্ষার মাধ্যমে SARS-CoV-2-এর উপস্থিতি বা অনুপস্থিতি সনাক্ত করতে আমার অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানকে লালার অথবা সম্মুখের (নিম্ন নাসারন্ধ্র) ন্যাডাল সোয়াব নমুনা দিতে বলা হবে। আমি অবগত আছি যে জনস্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তা নিশ্চিত করতে এবং কোভিড-১৯-এর বিস্তার নিয়ন্ত্রণ করতে, আমার অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল: (i) ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট; এবং (ii) আইনত যেভাবে প্রয়োজন সেভাবে যথাযথ জনস্বাস্থ্য কর্তৃপক্ষের সাথে শেয়ার করা হবে। আমার অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল আমার অনুমোদন ছাড়া অন্য কোনো পক্ষের কাছে প্রকাশ করা হবে না। আমি অবগত যে আমার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফলের ব্যাপারে আমার অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানের স্কুল এবং/অথবা জনস্বাস্থ্য কর্তৃপক্ষ আমার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

এছাড়া, আমি যেকোনো মেডিকেল পরীক্ষার মতোই পরীক্ষার ফলাফল ফলস পজিটিভ অথবা ফলস নেগেটিভ হওয়াসহ এই পদ্ধতির সম্ভাব্য ঝুঁকি বুঝতে পেরেছি।

সম্ভাব্য সুফলের মধ্যে রয়েছে:

- আপনার সন্তানের পরিচর্যার ব্যাপারে জ্ঞানগভীর সিদ্ধান্ত গ্রহণে এই ফলাফল আপনাকে সাহায্য করতে পারে।
- এই পরীক্ষার ফলাফল আপনার পরিবার, কমিউনিটি এবং স্কুলে কোভিড-১৯-এর বিস্তার রোধ করতে সহায়তা করতে পারে।

LynxDx কোনো মেডিকেল সেবা অথবা চিকিৎসার পরামর্শ প্রদান করে না। আপনি যদি চিকিৎসা বিষয়ক কোনো জরুরি অবস্থার মধ্য দিয়ে যাচ্ছেন, তাহলে তাৎক্ষণিকভাবে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে অথবা ৯১১-এ কল করুন। LynxDx আপনার ফলাফল আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে ফরওয়ার্ড করবে না। স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর সাথে পরামর্শ না করে চিকিৎসা বিষয়ক সিদ্ধান্ত গ্রহণ করবেন না।

স্বাক্ষর করার আগে আমাকে প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করার সুযোগ দেয়া হয়েছে। আমি আমার সন্তানের ফলাফল টেক্সট বার্তা এবং/অথবা ই-মেইলের মাধ্যমে পেতে সম্মতি দিচ্ছি এবং LynxDx-কে আমার অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানের ফলাফল টেক্সট বার্তা এবং/অথবা ই-মেইলের মাধ্যমে পাঠানোর অনুমোদন দিচ্ছি।

শিক্ষার্থীর নাম (অনুগ্রহ করে স্পষ্টাক্ষরে লিখুন)

শিক্ষার্থীর জন্ম তারিখ

আজকের তারিখ

বাবা-মা/অভিভাবকের নাম (অনুগ্রহ করে স্পষ্টাক্ষরে লিখুন)

মা-বাবা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

ফোন নম্বর: _____

ইমেইল: _____

ফলাফল উপরে প্রদত্ত ফোন নম্বর এবং/অথবা ইমেইলে পাঠানো হবে।