

Экспериментальный проект по проверке на заболевание КОВИД-19 в школах старших классов проводится Департаментом Здравоохранения и Социального Обеспечения, Департаментом Образования и компанией Test Nebraska. Бесплатные анализы будут предлагаться старшеклассникам, и работникам школ включая преподавателей (date). Эта услуга предлагается бесплатно. Из-за ограничений накладываемых кадровыми и временными ресурсами, число людей которые смогут провериться на заболевание КОВИД-19 в каждый день сдачи анализов ограничено и будет проходить в порядке живой очереди и на добровольной основе.

В ходе сдачи анализов, медработник соберёт мазок из носовых раковин, а НЕ мазок из носоглотки. Носовой мазок считается менее агрессивным, так что мы надеемся что это привлечёт больше желающих провериться на КОВИД. Результаты будут отправлены в течение 72 часов на адрес электронной почты родителей/опекунов, использованный при записи на анализы.



Вы можете записаться на тест отсканировав приведенный ниже QR-код или посетив веб сайт (ссылка ниже) . По завершение регистрации вы получите электронное уведомление от Test Nebraska с QR-кодом, который можно распечатать или показать на смартфоне по прибытии на место сдачи анализов.

Если вы не получите результатов по прошествии 72 часов, позвоните в дежурную службу компании Test Nebraska по телефону 402-207-9377.

[https://covid19testingne.co1.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_cJa8ezYYRQfZRCI?walk\\_in=true](https://covid19testingne.co1.qualtrics.com/jfe/form/SV_cJa8ezYYRQfZRCI?walk_in=true)

## БЛАНК ФОРМЫ СОГЛАСИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ АНАЛИЗОВ НА КОВИД-19

### Зачем заполняется этот бланк?

Настоящий бланк заполняется с целью изъявления формального согласия на проведение анализов заполняющего (если заполняющее бланк лицо трудоустроено в одной из школ города Линкольн для старшеклассников) или ребёнка заполняющего (если ребёнок заполняющего бланк лица является старшеклассником в одной из школ города Линкольн) на заболевание КОВИД-19. Анализы проходят в рамках экспериментального проекта проводимого в школах старших классов Департаментом Здравоохранения и Социального Обеспечения, Департаментом Образования и компанией Test Nebraska. Анализы предлагаются учащимся, работникам и преподавателям школы и проверяют на заболевание КОВИД-19.

### Как часто школьники смогут сдавать анализы?

Это единовременное мероприятие.

### Что это за анализы?

**Если вы изъявите желание**, вас или вашего ребёнка бесплатно проверят на заболевание КОВИД-19. Сбор образца для анализов включает введения небольшого ватного тампона похожего на ватную палочку (Q-tip) в переднюю полость носа.

### Придется ли сдавшему анализы идти в карантин пока не получены результаты?

В рамках проведения экспериментального проекта по проверке на заболевание КОВИД-19 в школах старших классов, если у сдавшего анализы нет симптомов заболевания, ему не нужно идти в карантин пока не получены результаты.

### Как я узнаю если я заражён?

Результаты анализов на заболевание КОВИД-19 поступят в течение 48-72 часов.

### Что делать после получения результатов анализов?

В случае если анализы подтверждают факт заражения КОВИД-19, оставайтесь дома сами и оставьте дома своего ребенка. Служба здравоохранения позвонит вам чтобы помочь ответить на ваши вопросы и завершить расследование ситуации.

Если результаты анализов отрицательные, это означает что в результате анализов вирус КОВИД-19 обнаружен не был.

**РАСПЕЧАТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПРИНОСИТЕ ДАННУЮ ФОРМУ С СОБОЙ КОГДА  
ПРИЙДЁТЕ СДАВАТЬ АНАЛИЗЫ**

БЛАНК ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАПОЛНЕН РАБОТНИКОМ, РОДИТЕЛЯМИ/ОПЕКУНАМИ ИЛИ ВЗРОСЛЫМ ШКОЛЬНИКОМ			
Информация о сотруднике школы/ родителях/опекунах			
имя сотрудника школы/ одного из родителей/опекунов (печатными буквами):			
адрес сотрудника школы/ родителей/опекунов			
телефон./мобильный телефон сотрудника школы/ родителей/опекунов			
адрес электронной почты сотрудника школы/ одного из родителей/опекунов			
Как с вами легче связаться?			
Информация о школьнике/ребёнке			
имя ребёнка/школьника (печатными буквами)			
номер учащегося/OSIS #: ребёнка/школьника		дата рождения ребёнка/школьника	
школа ребёнка/школьника			
Адрес ребёнка/школьника			
ФОРМАЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ			
<p>Подписываясь ниже, я подтверждаю, что:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Я подписал/а эту форму по своему усмотрению и добровольно, и у меня есть законное право принимать решения за себя или за ребенка, указанного выше.</li> <li>• Я даю согласие на проведения анализов на заболевание COVID-19 для себя или моего ребенка.</li> <li>• Я понимаю, что результаты анализов и другая информация могут быть оглашены в соответствии с законом.</li> <li>• Я понимаю, что если я являюсь учеником возрастом 18 лет или старше, или могу иным образом законно дать согласие на своё медицинское обслуживание, ссылка «мой ребёнок» относится ко мне, и я могу подписать этот бланк только на себя.</li> </ul>			
роспись одного из родителей/опекунов* (если ребенку нет 18 лет)			Дата/Date
роспись школьника (если он/а в возрасте 18 лет или старше или иным образом законно может изъяснить согласие)			Дата/Date
роспись школьного работника (school staff signature)			Дата/Date