

### الملحق 3

#### الموافقة المسبقة لإجراء اختبار تفاعل البوليميراز المتسلسل خلال العام الدراسي

#### معلومات للعائلة

يعد تحديد ومتابعة المخالطين إجراءً فعالاً للصحة العامة للسيطرة على الكوفيد19 من أجل تجنب زيادة عدد الحالات.

عندما يتم تأكيد حالة إيجابية ، يوصى بإجراء فحص تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR) لجميع من تمت مخالطتهم بقرب، لأنه اختبار شديد التميز وحساس للغاية يكتشف الفيروس في المراحل المبكرة من الإصابة.

يتم إجراء اختبار تشخيص تفاعل البوليميراز المتسلسل عبر أخذ عينة من الجهاز التنفسي بحيث أنه يسمح لنا باكتشاف جزء من المادة الوراثية للفيروس. لأخذ العينة ، يتم إدخال مسحة رقيقة ومرنة برفق في فتحتي الأنف ، أولاً في أحدهما ثم الآخر. إنها تقنية غير ضارة وليس لها أي آثار سلبية ، على الرغم من أنها قد تكون مزعجة في بعض الأحيان.

من المهم إجراء الاختبار للسيطرة على الوباء ، على الرغم من أن لديكم خيار عدم إعطاء الموافقة على القيام به لابنكم أو ابنتكم.

لن تتمكن التلميذة أو التلميذ الذي خضع لفحص تفاعل البوليميراز المتسلسل ( PCR ) من الذهاب إلى المركز التعليمي حتى يحصل على نتيجة الفحص. إذا كانت النتيجة إيجابية ، يجب عليه أن يعزل في المنزل لمدة لا تقل عن عشرة أيام من بداية ظهور الأعراض ، بشرط ألا يكون قد أصيب بالحمى أو أي أعراض أخرى في الأيام الثلاثة الماضية. يمكنه إنهاء العزلة بناءً على تعليمات فريقه الطبي.

إذا لم يتم إجراء اختبار تفاعل البوليميراز المتسلسل ، فيجب القيام بالحجر الصحي المنزلي لمدة أربعة عشر يومًا.

#### موافقة

عند الاقتضاء ، نقر بأننا نتفق مع التقنية المقترحة ونوافق على تطبيقها على ابننا أو ابنتنا. لقد قرأنا وفهمنا جميع المعلومات الواردة في هذه الوثيقة.

استطعنا طرح الأسئلة وتوضيح كل الاستفسارات من خلال رقم الهاتف المختص بإعطاء المعلومات عن الكوفيد19 900700222 EduCOVID ولهذا السبب ، اتخذنا قرارًا بوعي وبحرية للسماح بتطبيق التقنية على ابننا أو ابنتنا. نعلم أيضاً أنه يمكننا طلب المزيد من المعلومات وبإمكاننا سحب موافقتنا في أي وقت.

..... من..... من 2020

اسم ولقب الطالب أو الطالبة:

اسم ولقب أصحاب السلطة الأبوية ( الأب / الأم / الوصي ) أو الممثل الشرعي \* :

\* يجب توقيع هذه الموافقة من قبل كلا الوالدين أو الأوصياء القانونيين.

هل تم تسليم نسخة من هذه الوثيقة إلى الأسرة؟ • نعم لا

**إبطال الموافقة**

لقد قررنا بحرية ووعي سحب موافقتنا على تنفيذ هذه التقنية على ابننا أو ابنتنا للأسباب التالية:

.....  
.....  
.....  
.....

..... من ..... لسنة 2020

اسم ولقب الطالب

اسم ولقب أصحاب السلطة الأبوية ( الأب / الأم / الوصي ) أو الممثل الشرعي \* :

\* يجب توقيع هذه الموافقة من قبل كلا الوالدين أو الأوصياء القانونيين.

هل تم تسليم نسخة من هذه الوثيقة إلى الأسرة؟ • نعم لا