رسالة إلى أولياء الأمور والأسر: اختبار التعرض المعزز

[التاريخ]

السادة المحترمون/ أولياء أمور/أوصياء [اسم المدرسة أو المنطقة التعليمية

أكتب إليكم لمشاركة المعلومات حول اختبار التعرض المعزز. يتوفر هذا البروتوكول لطلاب الروضة وحتى الصف الثاني عشر ومن هم في مجموعتهم عندما تتضمن تلك المجموعة طالبًا (طلابًا) من ذوي الحالات المعقدة طبيًا أو من المعرضين بشكل متزايد لخطر الإصابة بأمراض خطيرة. يسمح اختبار التعرض المعزز بالتعرف السريع على احتمالية إصابة الطالب بكوفيد-19 بعد التعرض له في المدرسة.

[اختر هذه الفقرة عندما تتضمن المجموعات أفرادًا معرضين لخطر متزايد للإصابة بأمراض خطيرة] إذا كان الطالب ضمن مجموعة من الطلاب تضم شخصًا معرضًا لخطر متزايد للإصابة بأمراض خطيرة، فسنقدم الاختبار مرة واحدة بمجرد تأكيد التعرض. سيتم إجراء الاختبار بمجرد تحديد التعرض - بسبب التأخير في الاختبار والإبلاغ عن الحالة، قد يستغرق ذلك عدة أيام بعد التعرض الفعلي.

 [اختر هذه الفقرة عندما تتضمن المجموعات أفرادًا من ذوي الحالات المعقدة طبيًا] إذا كان الطالب ضمن مجموعة طلابية تضم شخصًا من ذوي الحالات المعقدة طبيًا، فسنقدم الاختبار لجميع الأفراد يوميًا لمدة 10 أيام بعد التعرض. سيتم إجراء الاختبار الأول بمجرد تحديد التعرض - بسبب التأخير في الاختبار والإبلاغ عن الحالة، قد يستغرق ذلك عدة أيام بعد التعرض الفعلي.

 ينبغي لأي طالب أو موظف مخالط أن يراقب نفسه بحثًا عن أعراض كوفيد-19 (الأولية وغير الأولية) لمدة 10 أيام بعد المخالطة.

 **الاشخاص الذين يمكنهم المشاركة**

بدءًا من [التاريخ]، ستقدم [اسم المدرسة أو المنطقة التعليمية] اختبار التعرض المعزز عندما تحدث حالات الإصابة بفيروس كوفيد-19 في مجموعات تشمل الأفراد المعرضين لخطر متزايد للإصابة بمرض خطير.

 سيُطلب من جميع الطلاب والموظفين ضمن المجموعة مراقبة أعراض المرض واتباع احتياطات السلامة الخاصة بفيروس كوفيد-19. سيُطلب من الطلاب الذين تظهر عليهم أعراض المرض في المدرسة، بغض النظر عن نتيجة اختبار كوفيد-19، العودة إلى المنزل والبقاء حتى تتحسن أعراضهم.

**كيف يمكن للطلاب المشاركة في الاختبار لمواصلة البقاء قيد اختبار التعرض المعزز**

يتعين على أولياء الأمور/الأوصياء تقديم موافقة اختبار فيروس كوفيد-19 حتى يتمكن طلابهم من المشاركة في اختبار التعرض المعزز بعد التعرض. يرجى العلم أن هذه الموافقة منفصلة عن برنامج الفحص الأسبوعي لدينا.

• انقر هنا [أدرج [نموذج الموافقة العامة لكوفيد-19](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le3560e.pdf) أو [نموذج الموافقة على اختبار كوفيد-19 البسيط](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le3560B.pdf)  أو قم بالمعالجة هنا]

تظل اللقاحات أفضل حماية ضد حالات الإصابة الشديدة بكوفيد-19. وبدورنا، نشجع جميع الأفراد المؤهلين للحصول على اللقاح. انقر هنا للعثور على مواعيد اللقاحات المجتمعية القادمة.

في حال كان لديك أية أسئلة حول اختبار التعرض المعزز لـ [اسم المدرسة أو المنطقة التعليمية]، فيرجى الاتصال بـ [أدخل جهة الاتصال مع معلومات الاتصال] أو إذا كنت تريد معرفة المزيد عن حالات فيروس كوفيد-19 في منطقتنا، فيرجى زيارة [الموقع الإلكتروني لإدارة الصحة العامة بالولاية/المحلية].

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام والتقدير،

 [التوقيع]