

Fomu ya Kliniki ya Ukusanyaji wa Sampuli za COVID-19

Sehemu ya A: Maelezo ya Kidemografia

JINA (la Mwisho)	(la Kwanza)	(M.I.)
ANWANI YA POSTA		
MJI	JIMBO	ZIPU
TAREHE YA KUZALIWA _____/_____/_____ Mwezi / Siku / Mwaka	NAMBARI YA SIMU	
ENEO LA KLINIKI/UKUSANYAJI WA SAMPULI:		

Sehemu ya B: Maelezo kuhusu Ukusanyaji wa Sampuli

Kwa upimaji wa kwanza wa uchunguzi wa SARS-CoV-2, CDC inapendekeza kukusanya na kupima sampuli ya sehemu ya juu ya mfumo wa kupumua kupitia ukusanyaji wa sampuli ya usufi wa tundu la puani.

Usufi wa tundu la pua huchukuliwa kwa kuingiza usufi kwa utaratibu ndani ya pua angalau sentimita 1 (inchi 0.5) na kwa uthabiti unachukua sampuli ya utando wa pua kwa kuzungusha usufi na kuacha kwa sekunde 10 hadi 15. Kisha kuondoa usufi kwa utaratibu na kufanya ukusanyaji wa sampuli kwenye pua nyingine kwa usufi ule ule.

Sehemu ya C: Maelezo kuhusu Kuweka Wazi Maelezo Binafsi ya Afya

Kama sehemu ya mchakato wa upimaji, ninaelewa na kukubali, kwangu mwenyewe na/au kwa niaba ya mtoto chini ya miaka 18 na/au chini ya ulezi wa kisheria, kwamba maelezo yangu binafsi ya afya (jina langu, tarehe ya kuzaliwa, sampuli ya kipimo na matokeo ya kipimo) yataonyeshwa kwa watu wengine nje ya Idara ya Afya ya Vermont (CIC Health, CareEvolve na Ellkay) kwa madhumuni ya kuchakata sampuli yangu, kutathmini na kuidhinisha vipimo, ikiwa inafaa, na kunipa mimi na Idara ya Afya matokeo. Idara ya Afya na watu hawa wengine wote wanatii masharti ya kisheria ya faragha kutoka kwa jimbo na nchi kuhusiana na ulinzi wa maelezo binafsi ya afya, ikiwa ni pamoja na HIPAA, na matumizi yatatumia juhudi bora zaidi za kibiashara kutofichua maelezo yoyote ya afya yanayoweza kumtambulisha mtu, isipokuwa kwa hali zifuatazo: ikiwa kuna dharura; kwa madhumuni ya kufuatilia watu waliotangamana kwa karibu na aliyeambukizwa; kuwajulisha wengine kuhusu hatari zao na vinginevyo kama inavyoruhusiwa au inavyotakiwa na sheria.

Ninakubali pia kuwa nimepewa maelezo kuhusu taarifa ya faragha ya Jimbo la Vermont [[Kiungo](#)] na sera mahususi za faragha za watu wengine [[Kiungo](#)]. Ninaelewa na kukubali zaidi kwamba maelezo yangu binafsi ya afya yanaweza kutumiwa, kwa muundo uliondoa vitambulishi, kwa sababu yoyote inayofaa ya utafiti ili kuimarisha uelewa wa wanadamu wa SARS-CoV2 na/au COVID19, kukuza uchunguzi, matibabu, na kukuza maendeleo ya kisayansi au uhandisi, bila vizuizi.

Ikiwa una maswali, tafadhali wasiliana na: margaret.robinson@vermont.gov au muulize mtu aliyekupa fomu hii.

Sehemu ya D : Idhini

Kwa kusaini hapo chini, ninakubali yafuatayo:

- Nimesoma maelezo kuhusu jinsi ukusanyaji wa sampuli za COVID-19 unafanywa na jinsi maelezo yangu binafsi ya afya yatawekwa wazi na kulindwa.
- Nimepata fursa ya kuuliza maswali.
- Ninatoa idhini yangu kwa Idara ya Afya ya Vermont na washirika wengine (CIC Health) kufanya ukusanyaji wa sampuli na kuchukua hatua zinazohitajika kwa upimaji wa baadaye wa sampuli hiyo kwa COVID-19.
- Ninaelewa na kukubali kwa kiwango kinachohitajika kushirikiwa kwa maelezo yangu ya afya na watu wengine (CIC Health, ixLayer) kwa madhumuni ya utambuzi wa matibabu na ili kulinda afya ya umma (ikiwa ni pamoja na kubainisha mfuatano wa jeni wa virusi kwa kutumia sampuli ambazo zimeondolewa vitambulishi).
- Nimepata fursa ya kukagua taarifa ya faragha ya Idara ya Afya na sera za faragha za watu wengine na ninakubali masharti yao.

Jina: _____

Saini: _____

Tarehe: ___ / ___ / ___

Ikiwa Mtu anayepimwa ana umri wa chini ya miaka 18:

Jina la Mzazi/Mlezi Halali:

*Ikiwa mtoto yuko chini ya ulinzi wa jimbo, saini ya mwakilishi aliyeidhinishwa inahitajika.

Saini ya Mzazi/Mlezi Halali:

Tarehe: ___ / ___ / ___

*Ikiwa mtoto yuko chini ya ulinzi wa jimbo, saini ya mwakilishi aliyeidhinishwa inahitajika.

Jina, Cheo na Saini ya Mtaalamu wa Huduma ya Afya Anayekusanya Sampuli:

Aina ya Ukusanyaji wa Sampuli Iliyotumika: NP Pua

Jina (Andika)

Cheo/Kuhitimu

Saini

Tarehe: ___ / ___ / ___