Nantucket Public Schools
Health Offices

10 SURFSIDE ROAD
NANTUCKET, MASSACHUSETTS 02554
NES (508) 228-7290 ext. 2107
NIS (508) 228-7290 ext. 4107
CPS (508)228-7283 ext. 1405
NHS (508) 228-7280 ext. 1404

6 de setembro de 2021

Prezados funcionários e famílias,

Obrigado por seu apoio contínuo no início do ano letivo de 2021-2022. Nas Escolas Públicas de Nantucket, manter nossos alunos e funcionários seguros e na escola é nossa prioridade. Aprendemos muito no ano passado e nossas diretrizes e procedimentos atuais refletem as recomendações mais atualizadas do CDC e do Departamento de Saúde Pública de Massachusetts.

Para o ano letivo de 2021-22, estamos oferecendo uma camada extra de proteção para evitar a disseminação do COVID-19, nosso programa de teste do COVID-19 na escola. Este programa tem três componentes: **teste sintomático** para alunos que apresentam sintomas de COVID-19 na escola, **verificações de segurança COVID de rotina** para evitar a propagação do vírus não detectado entre alunos que não apresentam sintomas e **teste e permanência** para alunos que possam ter sido expostos durante a escola, mas não apresentam sintomas. Cada um deles é um esfregaço nasal rápido e não invasivo que é coletado sob a supervisão de uma enfermeira escolar ou profissional de saúde treinado. Ao contrário dos testes COVID-19 do passado, eles não são desconfortáveis e fáceis para os alunos fazerem eles próprios.

É importante para as Escolas Públicas de Nantucket que você esteja totalmente informado sobre o processo e que possamos responder a quaisquer perguntas que você possa ter antes de pedir que assine o formulário de consentimento que está anexado aqui. Os alunos só podem participar com a permissão de um pai ou responsável.

Abaixo, descrevemos cada uma das três partes do nosso programa de teste, como são conduzidas e para que são utilizadas. No momento, usaremos apenas o teste sintomático e o Teste e Estadia.

O teste sintomático é usado quando um aluno ou membro da equipe apresenta sintomas de COVID-19 durante a escola; os alunos / funcionários não devem ir à escola se se sentirem mal enquanto estiverem em casa. Alguns sintomas do vírus parecem idênticos a outras doenças, como resfriado ou gripe, e este teste nos diz se um aluno sintomático tem COVID-19 ou não. Este é um teste rápido e recebemos os resultados deste teste em 15 minutos. Se um aluno / funcionário apresentar sintomas mínimos e os testes forem negativos, eles podem permanecer na escola.

As verificações rotineiras de segurança do COVID minimizam a interrupção do aprendizado, ajudando-nos a detectar a possível disseminação do vírus antes que ele comece. Cada aluno administra a verificação de segurança semanalmente. As amostras são coletadas na escola em grupos de 5-10 indivíduos. As amostras são agrupadas na escola. Assim que as amostras chegam ao laboratório, todas as amostras do grupo são testadas para COVID-19 juntas. Em quase todos os casos, levará menos de 24 horas para receber os resultados da verificação de segurança. Os alunos podem continuar a vir para a escola enquanto aguardam os resultados da verificação de segurança; eles não precisam ser colocados em quarentena enquanto aguardam os resultados. Se um teste de verificação de segurança é positivo, os alunos do grupo vão fazer testes individuais para determinar qual o aluno(s) no grupo produziu o teste positivo. (* ***No momento, as***

Escolas Públicas de Nantucket não estão administrando este tipo de teste; no entanto, pode ser utilizado no futuro, se necessário.) O

Teste e Permanência permite que os alunos que tiveram contato próximo com uma pessoa com teste positivo para COVID-19 durante a escola permaneçam na escola se o aluno não apresentar sintomas. Em vez de precisar ficar em quarentena e faltar às aulas, esses alunos farão um teste rápido diário enquanto permanecem na escola, desde que não tenham sintomas. Os alunos participam de testes e permanecem por pelo menos cinco dias após a possível exposição.

Se o teste de um aluno for positivo para COVID-19, ele deve ficar em quarentena em casa pelos dez dias recomendados pelo CDC desde o aparecimento dos sintomas ou dez dias desde o teste positivo antes de retornar à escola. O aluno também deve ficar sem febre por 24 horas.

Embora os alunos vacinados tenham muito menos probabilidade de espalhar ou contrair o vírus, é importante que criemos um ambiente inclusivo para alunos vacinados e não vacinados.

IMPORTANTE: Independentemente dos sintomas do aluno ou funcionário e do status negativo do teste, fica sempre a critério das enfermeiras da escola exigir que o aluno / funcionário fique em casa enquanto estiver sintomático e faça o teste novamente ao retornar à escola.

Para participar do programa, você deve assinar oanexo formulário de consentimento em você mesmo e / ou em nome do seu aluno. Não há cobrança de participação. Para saber mais sobre nosso programa de testes COVID-19, visite o CDC School Testing. Se você tiver perguntas adicionais sobre o programa, entre em contato com a enfermeira da escola do seu aluno.

NES Meri Lepore (Jess Douglas cobrindo até 1 de dezembro de 2021 douglasj@npsk.org) leporem@npsk.org 508-228-7290 x 2107

NIS Nancy Small smalln@npsk.org 508-228-7290 x4107

CPS Sara Brooks brookss @ npsk .org 508-228-7283 x1405

NHS Kelsey Perkins perkinsk@npsk.org 508-228-7280 x1404

Esperamos que essas medidas funcionem juntas para manter nossas escolas seguras e seus alunos na escola. Obrigado novamente por seu apoio durante este momento desafiador. Estamos ansiosos para receber seus alunos de volta à sala de aula.

Atenciosamente,

Dra. Hallett
Meri Lepore
Jess Douglas
Nancy Pequena
Sara Brooks
Kelsey Perkins

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DO ALUNO PARA O TESTE COMBINADO OPCIONAL DA COVID-19
A SER PREENCHIDO PELOS PAIS/RESPONSÁVEIS

Informação dos pais/responsável:

Você não será notificado sobre os resultados da verificação de segurança de rotina para a COVID-19 (conhecido anteriormente como "teste combinado"), mas será notificado sobre os resultados do teste de diagnóstico individual por telefone ou e-mail.

- *Se o aluno(a) tiver testado positivo para a COVID-19 nos últimos 90 dias, não deve participar desse teste da COVID-19 para evitar falsos positivos.*
- *Pessoas não vacinadas são fortemente encorajadas a participar das Verificações de segurança de rotina para a COVID.*
- *As pessoas vacinadas podem participar nas Verificações de segurança de rotina para a COVID.*

Pais/Responsáveis: Nome (em letra de forma):	
Número do celular do pai/responsável: *Observação: os resultados serão enviados para este número de celular*	
Pais/Responsáveis E-mail:	

Informações sobre as crianças/aluno(a)s

Nome em letra de forma da criança/aluno(a):					
Ano:					
Data de nascimento: *(MM/DD/AAAA)*		**Idade:**			
Endereço:		**Cidade:**		**ZIP:**	
Raça (selecione uma):	☐ Índio americano / Nativo do Alasca ☐ Nativo do Havai / Ilha do Pacífico	☐ Asiático ☐ Branco	☐ Negro / Afro-americano ☐ Outro	☐ Prefiro não dizer	
Etnia (escolha uma):	☐ Hispânico ou latino ☐ Não hispânico ou latino ☐ Prefiro não dizer	**Sexo:**	☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Prefiro não dizer	☐ Transgênero	
Cancelamento de consentimento	• **Sim**, dou consentimento para que meu filho(a) participe do teste da COVID-19 *(leia e assine o formulário abaixo)* • **Não**, não dou consentimento para que meu filho(a) participe dos testes da COVID-19. *(Não é necessária nenhuma ação adicional.)*				

CONSENTIMENTO

Ao preencher e enviar este formulário, eu confirmo que sou o pai/mãe, responsável ou uma pessoa legalmente autorizada adequada para fornecer consentimento:

A. Autorizo a coleta e o teste de uma amostra do meu filho(a) para a COVID-19 na escola, seja para um teste individual (por exemplo, antígeno individual ou teste PCR) ou para uma Verificação de segurança de rotina para a COVID (teste combinado). Ao assinar este formulário, estou consentindo com qualquer um dos seguintes métodos de teste para meu filho(a). Entendo que a escola do meu filho(a) determinará quais métodos de testes são oferecidos ao meu filho(a) e me informará sobre os serviços que a escola está administrando antes do início ou qualquer alteração do programa de testes da COVID-19 da escola. Mais detalhes sobre os tipos de teste são fornecidos no Apêndice A.
   i. Teste individual em pessoas sintomáticos: quando as pessoas apresentam sintomas na escola
   ii. Teste individual em contatos próximos (Testar e ficar): para contatos próximos assintomáticos a serem testados diariamente durante pelo menos cinco (5) dias a partir do primeiro dia da exposição, com pessoas com teste negativo que podem permanecer na escola
   iii. Verificação de segurança de rotina para a COVID-19 (anteriormente referida como "teste combinado"): para testes de rotina por meio da coleta de um grupo de amostras e a realização de testes no grupo, para eficiência. Testes individuais podem ser feitos nas mesmas amostras individuais no laboratório ou em novas amostras das pessoas do grupo.

B. Entendo que todos os tipos de amostra serão feitos com cotonetes nasais curtos ou mostras de saliva não invasivos.

C. Eu entendo que uma Verificação de segurança de rotina para a COVID-19 (anteriormente referida como teste combinado) pode gerar resultados individuais e que os resultados individuais do meu filho(a) em uma verificação de segurança não podem ser compartilhados comigo. No entanto, eu entendo e concordo que as informações pessoais de saúde do meu filho(a) e as informações de identificação pessoal dos registros educacionais podem ser inseridas na plataforma de tecnologia do provedor de testes para auxiliar no rastreamento dos testes de verificação de segurança e na identificação de pessoas que precisam de testes de acompanhamento individual.

D. Entendo que serei notificado sobre os resultados de qualquer teste de individual de para a COVID-19 que meu filho(a) tenha feito.

E. Entendo que existe a possibilidade de um resultado de teste da COVID-19 falso positivo ou falso negativo independentemente do tipo de teste realizado. Dado o potencial para um falso negativo, entendo que meu filho(a) deve continuar a seguir todas as orientações de segurança da COVID-19, e seguir os protocolos da escola para isolamento e teste no caso de o filho(a) desenvolver sintomas de COVID-19.

F. Entendo que os funcionários que administram todos os testes da COVID-19 receberam treinamento sobre a administração segura e adequada do teste. Eu concordo que nem o administrador do teste nem as Dedham Public Schools, nem qualquer um de seus administradores, executivos, funcionários ou patrocinadores da organização são responsáveis por quaisquer acidentes ou lesões que possam ocorrer devido à participação no programa de teste combinado.

G. Entendo que meu filho(a) deve ficar em casa se não estiver se sentindo bem. Reconheço que o resultado positivo do teste **individual** é uma indicação de que meu filho(a) deve ficar em casa, longe da escola, me isolar e continuar usando máscara ou cobertura facial conforme as instruções para evitar infectar outras pessoas.

H. Entendo que o sistema escolar não está agindo como o médico do meu filho(a), que este teste não substitui o tratamento pelo médico do meu filho(a) e assumo total e completa responsabilidade por tomar as medidas adequadas em relação aos resultados do teste. Concordo em procurar aconselhamento médico, cuidados e tratamento junto ao meu médico do meu filho(a) se tiver dúvidas ou preocupações, ou caso sua condição piore. Entendo que sou financeiramente responsável por qualquer tratamento que meu filho(a) receber do médico.

I. Entendo que o teste da COVID-19 pode criar informações protegidas de saúde (PHI) e outras informações pessoalmente identificáveis do aluno(a), e tais informações só serão acessadas, usadas e divulgadas de acordo com a HIPAA e a legislação aplicável. De acordo com as normas 45 CFR 164.524 (c) (3), eu autorizo e instruo a empresa de teste a enviar a PHI para a escola do meu filho(a), o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts, o Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos de Massachusetts e o laboratório de teste. Além disso, entendo que as PHI podem ser divulgadas ao Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos e a qualquer outra parte, conforme autorizado pela HIPAA.

J. Entendo que a participação em testes da COVID-19 pode exigir que a escola divulgue a identidade, informações demográficas e informações de contato de registros educacionais do meu filho(a) para o provedor de testes e pode exigir que a escola divulgue a identidade, informações demográficas e informações de contato de registros de educação do meu filho(a) para o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts. De acordo com a FERPA, 34 CFR 99.30, autorizo minha escola a divulgar tais informações de identificação pessoal (PII) conforme exigido para a participação do meu filho(a) em testes da COVID-19.

K. Entendo que esta autorização para os testes de COVID-19 para meu filho(a) é opcional e que posso me recusar a dar essa autorização, o que neste caso, meu filho(a) não será testado.

L. Entendo que posso mudar de ideia e cancelar essa autorização a qualquer momento. No entanto, sei que este cancelamento é válido apenas para informações futuras e que qualquer informação existente antes desse cancelamento pode ser divulgada. Para cancelar esta autorização para o teste da COVID-19, preciso entrar em contato com support@cic-health.com.

M. Autorizo o provedor de testes e/ou o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts a monitorar aspectos do vírus da COVID-19, como rastrear mutações virais, por meio da análise de amostra(s) positiva(s) para fins epidemiológicos e de saúde pública. Os resultados de tais análises não serão pessoalmente identificáveis nem criarão informações pessoalmente identificáveis.

Eu, o abaixo assinado, fui informado sobre o objetivo, procedimentos, possíveis benefícios e riscos do teste da COVID-19 e recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas antes de assinar, e fui informado que posso fazer perguntas adicionais a qualquer momento. Eu voluntariamente concordo com este teste para COVID-19 para meu filho(a).

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável:		**Data:**

ANEXO A: POSSÍVEIS TIPOS DE TESTE

Ao assinar este formulário, estou consentindo com qualquer um dos seguintes métodos de teste para meu filho(a). Entendo que a escola do meu filho(a) determinará quais métodos de testes são oferecidos ao meu filho(a) e me informará sobre os serviços que a escola está administrando antes do início ou qualquer alteração do programa de testes da COVID-19 da escola.

Teste Individual:

Teste sintomático: (para pessoas que apresentam sintomas na escola; as pessoas não devem ir à escola se apresentarem sintomas em casa): Amostras rasas de cotonete nasal são coletadas na escola usando um teste de diagnóstico aprovado.

"Testar e ficar" (teste de contato próximo): Amostras rasas de cotonete nasal são coletadas na escola usando um teste de diagnóstico aprovado. Os testes são administrados diariamente a partir do primeiro dia de exposição durante pelo menos cinco (5) dias. As pessoas com teste negativo podem permanecer na escola.

Verificação de segurança de rotina para a COVID:
Observe que agora estamos usando a terminologia "Verificações de segurança de rotina para a COVID" para descrever o que chamamos anteriormente de "testes combinados". Testes de acompanhamento são testes de diagnóstico individuais que identificam a(s) pessoas que testaram positivo na verificação de segurança de rotina para a COVID.

Verificação de segurança e teste de acompanhamento na escola: Amostras rasas de cotonetes nasais são coletadas na escola e colocadas em um único tubo (máximo de 10 amostras por tubo). Se um grupo testar positivo, será feito o teste de acompanhamento individual com uma segunda coleta de amostra na escola juntamente com teste de PCR rápido e/ou individual, conforme necessário.
Verificação de segurança e teste de acompanhamento no laboratório: Amostras de saliva ou cotonetes nasais são coletadas e mantidas separadas antes de serem combinadas no laboratório. Se o teste de um grupo for positivo, o teste de acompanhamento individual será feito no laboratório, sem uma segunda coleta de amostra.