



## CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA REALITZACIÓ DEL TEST PCR DURANT EL CURS ESCOLAR

### INFORMACIÓ PER A LA FAMÍLIA

La identificació i el seguiment de contactes és una mesura de salut pública eficaç per al control de la COVID-19 amb la finalitat d'evitar un increment en el nombre de casos.

Quan es confirma un cas positiu, es recomana la realització de la PCR als contactes estrets, ja que es tracta d'una prova amb alta especificitat i sensibilitat que detecta el virus en les primeres fases de la infecció.

El test diagnòstic PCR es realitza a partir d'una mostra respiratòria i permet detectar un fragment del material genètic del virus. Per a la presa de la mostra s'introdueix suaument en les fosses nasals, primer en una i després en l'altra, un bastonet fi i flexible. És una tècnica innòcua i no presenta cap efecte advers, encara que de vegades pot resultar molesta.

És important realitzar la prova per controlar la pandèmia, encara que teniu l'opció de no donar el consentiment perquè es faci al vostre fill o filla.

Si no es realitza la prova PCR caldrà mantenir quarantena domiciliària durant catorze dies.

### CONSENTIMENT

Arribat el cas, MANIFEST que estic d'acord amb la tècnica proposada i accept que s'apliqui al meu fill o filla. He llegit i entès tota la informació recollida en aquest document.

He pogut fer preguntes i aclarir tots els dubtes al telèfon EduCOVID 900700222. Per això prenc de manera conscient i lliure la decisió d'autoritzar l'aplicació de la tècnica al meu fill o filla. També sé que puc demanar més informació i que puc retirar el meu consentiment en qualsevol moment.

....., ..... d..... de 2020

Nom i llinatges de l'alumne/a

Nom i llinatges del pare/mare/tutor legal

[signatura]

S'ha lliurat a la família una còpia d'aquest document? Sí  No



## REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT

De manera lliure i conscient he decidit RETIRAR EL MEU CONSENTIMENT per realitzar aquesta tècnica al meu fill o filla per aquests motius:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

....., ..... d..... de 2020

Nom i llinatges de l'alumne/a

Nom i llinatges del pare/mare/tutor legal

[signatura]

S'ha lliurat a la família una còpia d'aquest document? Sí  No



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST PCR DURANTE EL CURSO ESCOLAR

### INFORMACIÓN PARA LA FAMILIA

La identificación y el seguimiento de contactos es una medida de salud pública eficaz para el control de la COVID-19 con la finalidad de evitar un incremento en el número de casos. Cuando se confirma un caso positivo, se recomienda la realización de la PCR a los contactos estrechos, ya que se trata de una prueba de alta especificidad y sensibilidad que detecta el virus en las primeras fases de la infección.

El test diagnóstico PCR se realiza a partir de una muestra respiratoria y permite detectar un fragmento del material genético del virus. Para la toma de la muestra se introduce suavemente en las fosas nasales, primero en una y después en la otra, un bastoncillo fino y flexible. Esta es una técnica inocua y no presenta ningún efecto adverso, aunque en ocasiones puede resultar molesta.

Es importante realizar la prueba para controlar la pandemia, pero, aun así, cuentan con la opción de no dar el consentimiento para que esta se le realice a su hijo/a.

Si no se realiza la prueba PCR será necesario mantener cuarentena domiciliaria durante catorce días.

### CONSENTIMIENTO

Llegado el caso, MANIFIESTO que estoy de acuerdo con la técnica propuesta y acepto que se aplique a mi hijo/a. He leído y entendido toda la información recogida en este documento.

He podido preguntar y aclarar todas las dudas al teléfono EduCOVID 900700222. Por ello, tomo de manera consciente y libre la decisión de autorizar la aplicación de la mencionada técnica a mi hijo/a. También sé que puedo solicitar más información y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

..... de..... de 2020

Nombre y apellidos del alumno/a

Nombre y apellidos del padre/madre/tutor legal

[firma]

¿Se ha entregado una copia de este documento a la familia? Sí  No



## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

De forma libre y consciente he decidido RETIRAR MI CONSENTIMIENTO para realizar esta técnica a mi hijo/a por los motivos que siguen:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

....., ..... d..... de 2020

Nombre y apellidos del alumno/a

Nombre y apellidos del padre/madre/tutor legal

[firma]

¿Se ha entregado una copia de este documento a la familia?? Sí  No