Sinhalese

මෙනින්ජොකොකල් ACWY ද්විතීයික පාසල් එන්නත් වැඩසටහන

සම්පූර්ණ කර පාසලට ආපසු එවන්න

1. මෙනින්ජොකොකල් ACWY තොරතුරු කියවන්න
2. අනුමැතිය කොටස සම්පූර්ණ කර, ඔබ කැමැත්ත දෙන්නේ නම් අත්සන් කරන්න.
3. අනුමැති පෝරමය වෙන් කර, ඔබේ ළමයා එන්නත් කිරීමට ඔබ අකමැති වුවද, එය පාසලට ආපසු එවන්න.

වැඩිදුර තොරතුරු සඳහා ඔබේ ප්‍රදේශයේ කවුන්සලය අමතන්න.

මෙනින්ජොකොකල් ACWY තොරතුරු

මෙනින්ජොකොකල් ACWY

මෙනින්ජොකොකල් රෝගය බැක්ටීරියා නිසා හටගනී. මෙනින්ජොකොකල් රෝගය දුර්ලභ වුවද, එය ඉතා ඉක්මනින් ඉතා බරපතල වීමට පුළුවන. 10% ක් පමණ දෙනාගේ උගුරේ මෙනින්ජොකොකල් බැක්ටීරියා තිබුනද ඔවුන් රෝගාතුර නොවෙති. ඔවුන්ව හඳුන්වන්නේ වාහකයන් (carriers) ලෙසය. මෙනින්ජොකොකල් බැක්ටීරියා පුද්ගලයෙකුගෙන් තවත් පුද්ගලයෙකුට මාරු වෙන්නේ නිතර, සමීප, දීර්ඝ ගෙදරදොර හෝ ලිංගික සබඳතා මගිනි. නව යෞවනයන් මෙනින්ජොකොකල් රෝගය වැළඳීමේ වැඩි අනතුරට ලක් වන අතර ඔවුන්ගෙන් වෙනත් අයට රෝගය පැතිරීමටද බොහෝ විට ඉඩ තිබේ.

ඉක්මනින් ව්‍යාප්ත වන මෙනින්ජොකොකල් රෝගය හටගන්නේ මෙම බැක්ටීරියා රුධිර ධාරාවට ඇතුල් වී පූතිරක්තතාවයට (septicaemia හෝ bacteraemia යනුවෙන්ද හඳුන්වන ලේ විෂ වීමේ අසාදනය) හෝ ආවෘතිදාහයට (meningitis - මොළය වසා ඇති පටලය ප්‍රාදහයට පත්වීම) හේතුකාරක වූ විටය. 10% ක් දක්වා රෝගීන් මෙයින් මරණයට පත් විය හැකිය. ඉඳහිට හන්දිවල, උගුරේ, පෙණහලු හෝ බඩවැල් වල උග්‍ර අසාදනය හටගැනීමටද පුළුවන.

මෙනින්ජොකොකල් බැක්ටීරියාවේ වෙනවෙනස් වර්ග (serogroups) තිබෙන අතර මේවා, A, B, C, W සහ Y යන අකුරු වලින් හැඳින්වේ. මෑත අවුරුදු වලදී මෙයින් සමහර මෙනින්ජොකොකල් වර්ග ඔස්ට්‍රේලියාව පුරා වැඩිවී ඇත

මෙනින්ජොකොකල් ACWY අඩංගු එන්නත

මෙනින්ජොකොකල් ACWY අඩංගු එන්නත, මෙනින්ජොකොකල් A, C, W, Y වර්ග වලින් ආරක්ෂාව ලබාදීම සඳහා වූ එන්නත් හතරක එකතුවකි. අධ්‍යයන මගින්
පෙන්නුම් කර ඇත්තේ නව යෞවනයන් අතර මෙනින්ජොකොකල් A, C, W, Y එන්නතේ සඵලතාවය 80% සිට 85% අතර වන බවයි. එක්සත් රාජධානියේ 2015 වසරේ පටන් සහ අමෙරිකානු එක්සත් ජනපදයේ 2005 පටන් මෙනින්ජොකොකල් A, C, W, Y එන්නත් වැඩසටහන් ක්‍රියාත්මක කර තිබේ.

මෙම එන්නතෙහි සජීවී බැක්ටීරියා කිසිවක් අඩංගු නොවන අතර එමගින් මෙනින්ජොකොකල් රෝගය හට ගැනීමට නුපුළුවන. මෙම හතරක එකතු එන්නත මගින්, ACWY වර්ගය නව යෞවනයන් තම ළදරු අවධියේ ලබාගත් C වර්ගය යන් ආරක්ෂාව වර්ධනය කරනු මෙන්ම, A සහ Y වර්ග වලින් ආරක්ෂාවද ගෙන දේ.

මෙනින්ජොකොකල් ACWY එන්නතෙන් ඇතිවිය හැකි අතුරු ඵල

බොහොමයක් අතුරු ඵල සුළු අතර ඉක්මනින් වියැකී යයි.

පහත පෙනෙන ප්‍රතිචාර ඇතිවේ නම් එවා ඇතිවන්නේ එන්නත් කල ඉක්මනින්මය.

සුලබ අතුරු ඵල

- මඳ උණ
- හිසරදය
- කරකැවිල්ල
- එන්නත ලබාදුන් පෙදෙසේ වේදනාව, රතු පැහැ ගැනීම සහ ඉදිමුම
- ඕනෑම එන්නතකට පසු විනාඩි 30ක් දක්වා ක්ලාන්තය ඇතිවීමට ඉඩ තිබේ

මෘදු අතුරු ඵල ඇතිවුවහොත් ඒවා මෙලෙස අඩු කර ගැනීමට හැකිය:

- වැඩිපුර දියර පානය කිරීමෙන් සහ පුද්ගලයාට උණ තිබේනම් ඕනෑවට වඩා ඇඳුම් නොපැලඳීමෙන්
- අපහසුතාවය අවම කරනු පිණිස පැරසිටමොල් ගැනීමෙන්

අතිශයින් දුර්ලභ අතුරු ඵල

- උග්‍ර ආසාත්මික ප්‍රතික්‍රියාවක්

උග්‍ර ආසාත්මික ප්‍රතික්‍රියාවක් ඇතිවුවහොත්, වහාම වෛද්‍ය අවධානය ලබා දෙනු ලැබේ. ප්‍රතික්‍රියා උග්‍ර නම් හෝ දිගටම පවතී නම්, හෝ ඔබ ඒ ගැන කනස්සල්ලට පත්වීනම් , ඔබේ වෛද්‍යවරයා හෝ රෝහල අමතන්න.

පූර්ව එන්නත් පිරික්සුම් ලැයිස්තුව

පහත සඳහන් යම් කරුණක් ඔබේ ළමයාට අදාල වේ නම් ප්‍රතිශක්තිකරණය ලබා දීමට පෙර ඒ බව ඔබේ වෛද්‍යවරයාට හෝ හෙදියට පවසන්න.

- එන්නත ලබා දෙන දිනයේ දරුවා අසනීපයෙන් සිටීම (38.5°C වඩා උණ)
- කිසියම් උග්‍ර ආසාත්මිකතා තිබීම
- යම් එන්නතකට පසු උග්‍ර ප්‍රතික්‍රියා දක්වා තිබීම
- ගැබිනිවී සිටිනම්

එන්නත ලබා ගත්තාට පසු එන්නත ලබාගත් ස්ථානයේ අඩුම වශයෙන් මිනිත්තු 15ක් රැඳී සිටින්න.

වැඩිදුර තොරතුරු

වැඩිදුර උපදෙස් හෝ තොරතුරු ඔබට අවශ්‍ය නම් කරුණාකර ඔබේ ප්‍රදේශයේ කවුන්සලයේ ප්‍රතිශක්තිකරණ සේවය හෝ ප්‍රදේශයේ වෛද්‍යවරයා අමතන්න.

නැතහොත් www.betterhealth.vic.gov.au වෙත පිවිසෙන්න

පෝරමය සම්පූර්ණ කරන ආකාරය

කරුණාකර තොරතුරු කියවන්න.

එන්නත ලබා නොගන්නා වුවද පෝරමය පුරවන්න.

පෝරමය වෙන් කර පාසලට ආපසු එවන්න

සියලු ළමුන්/ ශිෂ්‍යයන් සඳහා

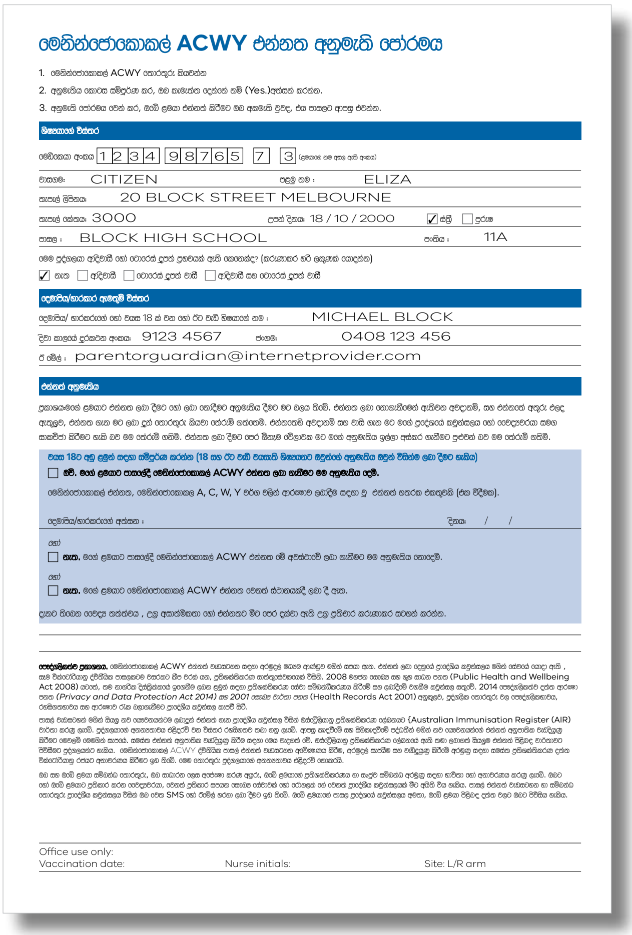
ළමයාගේ විස්තර සම්පූර්ණ කරන්න.

ඉන් පසු

ඔබේ දරුවාට එන්නත ලබා දීමට ඔබ කැමතිනම් මේ කොටස සම්පූර්ණ කරන්න.

නැතහොත්

ඔබේ දරුවාට එන්නත ලබා දීමට ඔබ කැමති නැතිනම් මේ කොටස සම්පූර්ණ කරන්න.



මෙනින්ජොකොකල් ACWY එන්නත අනුමැති පෝරමය

1. මෙනින්ජොකොකල් ACWY තොරතුරු කියවන්න
2. අනුමැතිය කොටස සම්පූර්ණ කර, ඔබ කැමැත්ත දෙන්නේ නම් (Yes.)අත්සන් කරන්න.
3. අනුමැති පෝරමය වෙන් කර, ඔබේ ළමයා එන්නත් කිරීමට ඔබ අකමැති වුවද, එය පාසලට ආපසු එවන්න.

ශිෂ්‍යයාගේ විස්තර

මෙඩිකෙයා අංකය 1234 98765 7 3 (ළමයාගේ නම අසල ඇති අංකය)

වාසගම: CITIZEN පළමු නම : ELIZA

තැපැල් ලිපිනය: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

තැපැල් කේතය: 3000 උපන් දිනය: 18 / 10 / 2000 ☑ ස්ත්‍රී ☐ පුරුෂ

පාසල : BLOCK HIGH SCHOOL පංතිය : 11A

මෙම පුද්ගලයා ආදිවාසී හෝ ටොරෙස් දූපත් ප්‍රභවයක් ඇති කෙනෙක්ද? (කරුණාකර හරි ලකුණක් යොදන්න)

☑ නැත ☐ ආදිවාසී ☐ ටොරෙස් දූපත් වාසී ☐ ආදිවාසී සහ ටොරෙස් දූපත් වාසී

දෙමාපිය/භාරකාර ඇමතුම් විස්තර

දෙමාපිය/ භාරකරුගේ හෝ වයස 18 ක් වන හෝ ඊට වැඩි ශිෂ්‍යයාගේ නම : MICHAEL BLOCK

දිවා කාලයේ දුරකථන අංකය: 9123 4567 ජංගම: 0408 123 456

ඊ මේල් : parentorguardian@internetprovider.com

එන්නත් අනුමැතිය

ප්‍රකාශය:මගේ ළමයාට එන්නත ලබා දීමට හෝ ලබා නොදීමට අනුමැතිය දීමට මට බලය තිබේ. එන්නත ලබා නොගැනීමෙන් ඇතිවන අවදානම්, සහ එන්නතේ අතුරු ඵලද ඇතුලුව, එන්නත ගැන මට ලබා දුන් තොරතුරු කියවා තේරුම් ගත්තෙමි. එන්නතෙහි අවදානම් සහ වාසි ගැන මට මගේ ප්‍රදේශයේ කවුන්සලය හෝ වෛද්‍යවරයා සමග සාකච්ජා කිරීමට හැකි බව මම තේරුම් ගනිමි. එන්නත ලබා දීමට පෙර ඕනෑම වේලාවක මට මගේ අනුමැතිය ඉල්ලා අස්කර ගැනීමට පුළුවන් බව මම තේරුම් ගනිමි.

වයස 18ට අඩු ළමුන් සඳහා සම්පූර්ණ කරන්න (18 සහ ඊට වැඩි වයසැති ශිෂ්‍යයනට ඔවුන්ගේ අනුමැතිය ඔවුන් විසින්ම ලබා දීමට හැකිය)

☐ **ඔව්. මගේ ළමයාට පාසලේදී මෙනින්ජොකොකල් ACWY එන්නත ලබා ගැනීමට මම අනුමැතිය දෙමි.**

මෙනින්ජොකොකල් එන්නත, මෙනින්ජොකොකල A, C, W, Y වර්ග වලින් ආරක්ෂාව ලබාදීම සඳහා වු එන්නත් හතරක එකතුවකි (එක විදීමක).

දෙමාපිය/භාරකරුගේ අත්සන : දිනය: / /

හෝ

☐ **නැත.** මගේ ළමයාට පාසලේදී මෙනින්ජොකොකල් ACWY එන්නත මේ අවස්ථාවේ ලබා ගැනීමට මම අනුමැතිය නොදෙමි.

හෝ

☐ **නැත.** මගේ ළමයාට මෙනින්ජොකොකල් ACWY එන්නත වෙනත් ස්ථානයකදී ලබා දී ඇත.

දැනට තිබෙන වෛද්‍ය තත්ත්වය , උග්‍ර අසාත්මිකතා හෝ එන්නතට මීට පෙර දක්වා ඇති උග්‍ර ප්‍රතිචාර කරුණාකර සටහන් කරන්න.

පෞද්ගලිකත්ව ප්‍රකාශනය. මෙනින්ජොකොකල් ACWY එන්නත් වැඩසටහන සඳහා අරමුදල් මධ්‍යම ආණ්ඩුව මගින් සපයා ඇත. එන්නත් ලබා දෙනුයේ ප්‍රාදේශීය කවුන්සලය මගින් සේවයේ යොදා ඇති , සෑම වික්ටෝරියානු ද්විතීයික පාසලකටම වසරකට කීප වරක් යන, ප්‍රතිශක්තිකරණ සාත්තුසේවකයෙක් විසිනි. 2008 මහජන සෞඛ්‍ය සහ ශුභ සාධන පනත (Public Health and Wellbeing Act 2008) යටතේ, තම නාගරික දිස්ත්‍රික්කයේ ඉගෙනීම ලබන ළමුන් සඳහා ප්‍රතිශක්තිකරණ සේවා සම්බන්ධීකරණය කිරීමේ සහ ලබාදීමේ වගකීම කවුන්සල සතුවේ. 2014 පෞද්ගලිකත්ව දත්ත ආරක්ෂා පනත *(Privacy and Data Protection Act 2014) සහ 2001 සෞඛ්‍ය වාර්තා පනත* (Health Records Act 2001) අනුකූලව, පුද්ගලික තොරතුරු වල පෞද්ගලිකභාවය, රහසිගතභාවය සහ ආරක්ෂාව රැක බලාගැනීමට ප්‍රාදේශීය කවුන්සල කැපවී සිටී.

පාසල් වැඩසටහන් මගින් සියලු නව යෞවනයන්ටම ලබාදුන් එන්නත් ගැන ප්‍රාදේශීය කවුන්සල විසින් ඔස්ට්‍රේලියානු ප්‍රතිශක්තිකරණ ලේඛනයට {Australian Immunisation Register (AIR) වාර්තා කරනු ලැබේ. පුද්ගලයාගේ අනන්‍යතාවය එළිදරව් වන විස්තර රහසිගතව තබා ගනු ලැබේ. ආපසු කැඳවීමේ සහ සිහිකැඳවීමේ පද්ධතීන් මගින් නව යෞවනයන්ගේ එන්නත් අනුපාතික වැඩිදියුණු කිරීමට මෙවලම් මෙමගින් සැපයේ. සමස්ත එන්නත් අනුපාතික වැඩිදියුණු කිරීම සඳහා මෙය වැදගත් වේ. ඔස්ට්‍රේලියානු ප්‍රතිශක්තිකරණ ලේඛනයේ ඇති තමා ලබාගත් සියලුම එන්නත් පිළිබඳ වාර්තාවට පිවිසීමට පුද්ගලයන්ට හැකිය. මෙනින්ජොකොකල් ACWY ද්විතියික පාසල් එන්නත් වැඩසටහන අධීක්ෂණය කිරීම, අරමුදල් සැපයීම සහ වැඩිදියුණු කිරීමේ අරමුණු සඳහා සමස්ත ප්‍රතිශක්තිකරණ දත්ත වික්ටෝරියානු රජයට අනාවරණය කිරීමට ඉඩ තිබේ. මෙම තොරතුරු පුද්ගලයාගේ අනන්‍යතාවය එළිදරව් නොකරයි.

ඔබ සහ ඔබේ ළමයා සම්බන්ධ තොරතුරු, ඔබ සාධාරන ලෙස අපේක්ෂා කරණ අයුරු, ඔබේ ළමයාගේ ප්‍රතිශක්තිකරණය හා සෘජුව සම්බන්ධ අරමුණු සඳහා භාවිතා හෝ අනාවරණය කරනු ලැබේ. ඔබට හෝ ඔබේ ළමයාට ප්‍රතිකාර කරන වෛද්‍යවරයා, වෙනත් ප්‍රතිකාර සපයන සෞඛ්‍ය සේවාවක් හෝ රෝහලක් හේ වෙනත් ප්‍රාදේශීය කවුන්සලයක් මීට අයිති විය හැකිය. පාසල් එන්නත් වැඩසටහන හා සම්බන්ධ තොරතුරු ප්‍රාදේශීය කවුන්සලය විසින් ඔබ වෙත SMS හෝ ඊමේල් හරහා ලබා දීමට ඉඩ තිබේ. ඔබේ ළමයාගේ පාසල ප්‍රදේශයේ කවුන්සලය අමතා, ඔබේ ළමයා පිළිබඳ දත්ත වලට ඔබට පිවිසිය හැකිය.

Office use only:
Vaccination date: Nurse initials: Site: L/R arm

මෙම පෝරමය වෙනත් ආකෘතියකින් ලබා ගැනීම සඳහා ඊමේල් පණිවිඩයක් එවන්න : immunisation@dhss.vic.gov.au

අනුමැතිය දී ප්‍රකාශයට පත් කරන ලද්දේ වික්ටෝරියානු රජය විසිනි.
Victorian Government, 1 Treasury Place, Melbourne.
© State of Victoria, 2019 ජනවාරි (1702019)

මෙනින්ජෝකොකල් ACWY එන්නත අනුමැති පෝරමය

1. මෙනින්ජෝකොකල් ACWY තොරතුරු කියවන්න
2. අනුමැතිය කොටස සම්පූර්ණ කර, ඔබ කැමැත්ත දෙන්නේ නම් (Yes.)අත්සන් කරන්න.
3. අනුමැති පෝරමය වෙන් කර, ඔබේ ළමයා එන්නත් කිරීමට ඔබ අකමැති වුවද, එය පාසලට ආපසු එවන්න.

ශිෂ්‍යයාගේ විස්තර

මෙඩිකෙයා අංකය ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐ ☐ (ළමයාගේ නම අසල ඇති අංකය)

වාසගම: පළමු නම :

තැපැල් ලිපිනය:

තැපැල් කේතය: උපන් දිනය: / / ☐ ස්ත්‍රී ☐ පුරුෂ

පාසල : පංතිය :

මෙම පුද්ගලයා ආදිවාසී හෝ ටොරෙස් දූපත් ප්‍රභවයක් ඇති කෙනෙක්ද? (කරුණාකර හරි ලකුණක් යොදන්න)

☐ නැත ☐ ආදිවාසී ☐ ටොරෙස් දූපත් වාසී ☐ ආදිවාසී සහ ටොරෙස් දූපත් වාසී

දෙමාපිය/භාරකාර ඇමතුම් විස්තර

දෙමාපිය/ භාරකරුගේ හෝ වයස 18 ක් වන හෝ ඊට වැඩි ශිෂ්‍යයාගේ නම :

දිවා කාලයේ දුරකථන අංකය: ජංගම:

ඊ මේල් :

එන්නත් අනුමැතිය

ප්‍රකාශයා:මගේ ළමයාට එන්නත ලබා දීමට හෝ ලබා නොදීමට අනුමැතිය දීමට මට බලය තිබේ. එන්නත ලබා නොගැනීමෙන් ඇතිවන අවදානම්, සහ එන්නතේ අතුරු ඵලද ඇතුලුව, එන්නත ගැන මට ලබා දුන් තොරතුරු කියවා තේරුම් ගත්තෙමි. එන්නතෙහි අවදානම් සහ වාසි ගැන මට මගේ ප්‍රදේශයේ කවුන්සලය හෝ වෛද්‍යවරයා සමග සාකච්ජා කිරීමට හැකි බව මම තේරුම් ගනිමි. එන්නත ලබා දීමට පෙර ඕනෑම වේලාවක මට මගේ අනුමැතිය ඉල්ලා අස්කර ගැනීමට පුළුවන් බව මම තේරුම් ගතිමි.

වයස 18ට අඩු ළමුන් සඳහා සම්පූර්ණ කරන්න (18 සහ ඊට වැඩි වයසැති ශිෂ්‍යයනට ඔවුන්ගේ අනුමැතිය ඔවුන් විසින්ම ලබා දීමට හැකිය)

☐ **ඔව්. මගේ ළමයාට පාසලේදී මෙනින්ජෝකොකල් ACWY එන්නත ලබා ගැනීමට මම අනුමැතිය දෙමි.**

මෙනින්ජෝකොකල් එන්නත, මෙනින්ජෝකොකල A, C, W, Y වර්ග වලින් ආරක්ෂාව ලබාදීම සඳහා වූ එන්නත් හතරක එකතුවකි (එක විදීමක).

දෙමාපිය/භාරකරුගේ අත්සන : දිනය: / /

හෝ

☐ **නැත.** මගේ ළමයාට පාසලේදී මෙනින්ජෝකොකල් ACWY එන්නත මේ අවස්ථාවේ ලබා ගැනීමට මම අනුමැතිය නොදෙමි.

හෝ

☐ **නැත.** මගේ ළමයාට මෙනින්ජෝකොකල් ACWY එන්නත වෙනත් ස්ථානයකදී ලබා දී ඇත.

දැනට තිබෙන වෛද්‍ය තත්ත්වය , උග්‍ර අසාත්මිකතා හෝ එන්නතට මීට පෙර දක්වා ඇති උග්‍ර ප්‍රතිචාර කරුණාකර සටහන් කරන්න.

පෞද්ගලිකත්ව ප්‍රකාශනය. මෙනින්ජෝකොකල් ACWY එන්නත් වැඩසටහන සඳහා අරමුදල් මධ්‍යම ආණ්ඩුව මගින් සපයා ඇත. එන්නත් ලබා දෙනුයේ ප්‍රාදේශිය කවුන්සලය මගින් සේවයේ යොදා ඇති , සෑම වික්ටෝරියානු ද්විතීයික පාසලකටම වසරකට කීප වරක් යන, ප්‍රතිශක්තිකරණ සාත්තුසේවකයෙක් විසිනි. 2008 මහජන සෞඛ්‍ය සහ ශුභ සාධන පනත (Public Health and Wellbeing Act 2008) යටතේ, තම නාගරික දිස්ත්‍රික්කයේ ඉගෙනීම ලබන ළමුන් සඳහා ප්‍රතිශක්තිකරණ සේවා සම්බන්ධීකරණය කිරීමේ සහ ලබාදීමේ වගකීම කවුන්සල සතුවේ. 2014 පෞද්ගලිකත්ව දත්ත ආරක්ෂා පනත *(Privacy and Data Protection Act 2014) සහ 2001 සෞඛ්‍ය වාර්තා පනත* (Health Records Act 2001) අනුකූලව, පුද්ගලික තොරතුරු වල පෞද්ගලිකභාවය, රහසිගතභාවය සහ ආරක්ෂාව රැක බලාගැනීමට ප්‍රාදේශීය කවුන්සල කැපවී සිටී.

පාසල් වැඩසටහන් මගින් සියලු නව යෞවනයන්ටම ලබාදුන් එන්නත් ගැන ප්‍රාදේශීය කවුන්සල විසින් ඔස්ට්‍රේලියානු ප්‍රතිශක්තිකරණ ලේඛනයට {Australian Immunisation Register (AIR) වාර්තා කරණු ලැබේ. පුද්ගලයාගේ අනන්‍යතාවය එළිදරව් වන විස්තර රහසිගතව තබා ගනු ලැබේ. ආපසු කැඳවීමේ සහ සිහිකැඳවීමේ පද්ධතීන් මගින් නව යෞවනයන්ගේ එන්නත් අනුපාතික වැඩිදියුණු කිරීමට මෙවලම් මෙමගින් සැපයේ. සමස්ත එන්නත් අනුපාතික වැඩිදියුණු කිරීම සඳහා මෙය වැදගත් වේ. ඔස්ට්‍රේලියානු ප්‍රතිශක්තිකරණ ලේඛනයේ ඇති තමා ලබාගත් සියලුම එන්නත් පිළිබඳ වාර්තාවට පිවිසීමට පුද්ගලයන්ට හැකිය. මෙනින්ජෝකොකල් ACWY ද්විතියික පාසල් එන්නත් වැඩසටහන අවේක්ෂණය කිරීම, අරමුදල් සැපයීම සහ වැඩිදියුණු කිරීමේ අරමුණු සඳහා සමස්ත ප්‍රතිශක්තිකරණ දත්ත වික්ටෝරියානු රජයට අනාවරණය කිරීමට ඉඩ තිබේ. මෙම තොරතුරු පුද්ගලයාගේ අනන්‍යතාවය එළිදරව් නොකරයි.

ඔබ සහ ඔබේ ළමයා සම්බන්ධ තොරතුරු, ඔබ සාධාරන ලෙස අපේක්ෂා කරණ අයුරු, ඔබේ ළමයාගේ ප්‍රතිශක්තිකරණය හා සෘජුව සම්බන්ධ අරමුණු සඳහා භාවිතා හෝ අනාවරණය කරණු ලැබේ. ඔබට හෝ ඔබේ ළමයාට ප්‍රතිකාර කරන වෛද්‍යවරයා, වෙනත් ප්‍රතිකාර සපයන සෞඛ්‍ය සේවාවක් හෝ රෝහලක් හේ වෙනත් ප්‍රාදේශීය කවුන්සලයක් මීට අයිති විය හැකිය. පාසල් එන්නත් වැඩසටහන හා සම්බන්ධ තොරතුරු ප්‍රාදේශීය කවුන්සලය විසින් ඔබ වෙත SMS හෝ ඊමේල් හරහා ලබා දීමට ඉඩ තිබේ. ඔබේ ළමයාගේ පාසල ප්‍රදේශයේ කවුන්සලය අමතා, ඔබේ ළමයා පිළිබඳ දත්ත වලට ඔබට පිවිසිය හැකිය.

Office use only:
Vaccination date: Nurse initials: Site: L/R arm

මෙනින්ජොකොකල් ACWY එන්නත අනුමැති පෝරමය

1. මෙනින්ජොකොකල් ACWY තොරතුරු කියවන්න
2. අනුමැතිය කොටස සම්පූර්ණ කර, ඔබ කැමැත්ත දෙන්නේ නම් (Yes.)අත්සන් කරන්න.
3. අනුමැති පෝරමය වෙන් කර, ඔබේ ළමයා එන්නත් කිරීමට ඔබ අකමැති වුවද, එය පාසලට ආපසු එවන්න.

ශිෂ්‍යයාගේ විස්තර

මෙඩිකෙයා අංකය 1 2 3 4 9 8 7 6 5 7 3 (ළමයාගේ නම අසල ඇති අංකය)

වාසගම: CITIZEN පළමු නම : ELIZA

තැපැල් ලිපිනය: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

තැපැල් කේතය: 3000 උපන් දිනය: 18 / 10 / 2000 ☑ ස්ත්‍රී ☐ පුරුෂ

පාසල : BLOCK HIGH SCHOOL පංතිය : 11A

මෙම පුද්ගලයා ආදිවාසී හෝ ටොරෙස් දූපත් ප්‍රභවයක් ඇති කෙනෙක්ද? (කරුණාකර හරි ලකුණක් යොදන්න)

☑ නැත ☐ ආදිවාසී ☐ ටොරෙස් දූපත් වාසී ☐ ආදිවාසී සහ ටොරෙස් දූපත් වාසී

දෙමාපිය/භාරකාර ඇමතුම් විස්තර

දෙමාපිය/ භාරකරුගේ හෝ වයස 18 ක් වන හෝ ඊට වැඩි ශිෂ්‍යයාගේ නම : MICHAEL BLOCK

දිවා කාලයේ දුරකථන අංකය: 9123 4567 ජංගම: 0408 123 456

ඊ මේල් : parentorguardian@internetprovider.com

එන්නත් අනුමැතිය

ප්‍රකාශයඃමගේ ළමයාට එන්නත ලබා දීමට හෝ ලබා නොදීමට අනුමැතිය දීමට මට බලය තිබේ. එන්නත ලබා නොගැනීමෙන් ඇතිවන අවදානම්, සහ එන්නතේ අතුරු ඵලද ඇතුළුව, එන්නත ගැන මට ලබා දුන් තොරතුරු කියවා තේරුම් ගත්තෙමි. එන්නතෙහි අවදානම් සහ වාසි ගැන මට මගේ ප්‍රදේශයේ කවුන්සලය හෝ වෛද්‍යවරයා සමග සාකච්ඡා කිරීමට හැකි බව මම තේරුම් ගනිමි. එන්නත ලබා දීමට පෙර ඕනෑම වේලාවක මට මගේ අනුමැතිය ඉල්ලා අස්කර ගැනීමට පුළුවන් බව මම තේරුම් ගතිමි.

වයස 18ට අඩු ළමුන් සඳහා සම්පූර්ණ කරන්න (18 සහ ඊට වැඩි වයසැති ශිෂ්‍යයනට ඔවුන්ගේ අනුමැතිය ඔවුන් විසින්ම ලබා දීමට හැකිය)

☐ **ඔව්. මගේ ළමයාට පාසලේදී මෙනින්ජොකොකල් ACWY එන්නත ලබා ගැනීමට මම අනුමැතිය දෙමි.**

මෙනින්ජොකොකල් එන්නත, මෙනින්ජොකොකල A, C, W, Y වර්ග වලින් ආරක්‍ෂාව ලබාදීම සඳහා වු එන්නත් හතරක එකතුවකි (එක විදීමක).

දෙමාපිය/භාරකරුගේ අත්සන : දිනය: / /

හෝ

☐ **නැත.** මගේ ළමයාට පාසලේදී මෙනින්ජොකොකල් ACWY එන්නත මේ අවස්ථාවේ ලබා ගැනීමට මම අනුමැතිය නොදෙමි.

හෝ

☐ **නැත.** මගේ ළමයාට මෙනින්ජොකොකල් ACWY එන්නත වෙනත් ස්ථානයකදී ලබා දී ඇත.

දැනට තිබෙන වෛද්‍ය තත්ත්වය , උග්‍ර අසාත්මිකතා හෝ එන්නතට මීට පෙර දක්වා ඇති උග්‍ර ප්‍රතිචාර කරුණාකර සටහන් කරන්න.

පෞද්ගලිකත්ව ප්‍රකාශනය. මෙනින්ජොකොකල් ACWY එන්නත් වැඩසටහන සඳහා අරමුදල් මධ්‍යම ආණ්ඩුව මගින් සපයා ඇත. එන්නත් ලබා දෙනුයේ ප්‍රාදේශිය කවුන්සලය මගින් සේවයේ යොදා ඇති , සෑම වික්ටෝරියානු ද්විතීයික පාසලකටම වසරකට කීප වරක් යන, ප්‍රතිශක්තිකරණ සාත්තුසේවකයෙක් විසිනි. 2008 මහජන සෞඛ්‍ය සහ ශුභ සාධන පනත (Public Health and Wellbeing Act 2008) යටතේ, තම නාගරික දිස්ත්‍රික්කයේ ඉගෙනීම ලබන ළමුන් සඳහා ප්‍රතිශක්තිකරණ සේවා සම්බන්ධීකරණය කිරීමේ සහ ලබාදීමේ වගකීම කවුන්සල සතුවේ. 2014 පෞද්ගලිකත්ව දත්ත ආරක්‍ෂා පනත *(Privacy and Data Protection Act 2014) සහ 2001 සෞඛ්‍ය වාර්තා පනත* (Health Records Act 2001) අනුකූලව, පුද්ගලික තොරතුරු වල පෞද්ගලිකභාවය, රහසිගතභාවය සහ ආරක්‍ෂාව රැක බලාගැනීමට ප්‍රාදේශීය කවුන්සල කැපවී සිටී.

පාසල් වැඩසටහන් මගින් සියලු නව යෞවනයන්ටම ලබාදුන් එන්නත් ගැන ප්‍රාදේශීය කවුන්සල විසින් ඔස්ට්‍රේලියානු ප්‍රතිශක්තිකරණ ලේඛනයට {Australian Immunisation Register (AIR) වාර්තා කරනු ලැබේ. පුද්ගලයාගේ අනන්‍යතාවය එළිදරව් වන විස්තර රහසිගතව තබා ගනු ලැබේ. ආපසු කැඳවීමේ සහ සිහිකැඳවීමේ පද්ධතීන් මගින් නව යෞවනයන්ගේ එන්නත් අනුපාතික වැඩිදියුණු කිරීමට මෙවලම් මෙමගින් සැපයේ. සමස්ත එන්නත් අනුපාතික වැඩිදියුණු කිරීම සඳහා මෙය වැදගත් වේ. ඔස්ට්‍රේලියානු ප්‍රතිශක්තිකරණ ලේඛනයේ ඇති තමා ලබාගත් සියලුම එන්නත් පිළිබඳ වාර්තාවට පිවිසීමට පුද්ගලයන්ට හැකිය. මෙනින්ජොකොකල් ACWY ද්විතියික පාසල් එන්නත් වැඩසටහන අවේක්‍ෂණය කිරීම, අරමුදල් සැපයීම සහ වැඩිදියුණු කිරීමේ අරමුණු සඳහා සමස්ත ප්‍රතිශක්තිකරණ දත්ත වික්ටෝරියානු රජයට අනාවරණය කිරීමට ඉඩ තිබේ. මෙම තොරතුරු පුද්ගලයාගේ අනන්‍යතාවය එළිදරව් නොකරයි.

ඔබ සහ ඔබේ ළමයා සම්බන්ධ තොරතුරු, ඔබ සාධාරන ලෙස අපේක්‍ෂා කරණ අයුරු, ඔබේ ළමයාගේ ප්‍රතිශක්තිකරණය හා සෘජුව සම්බන්ධ අරමුණු සඳහා භාවිතා හෝ අනාවරණය කරණු ලැබේ. ඔබට හෝ ඔබේ ළමයාට ප්‍රතිකාර කරන වෛද්‍යවරයා, වෙනත් ප්‍රතිකාර සපයන සෞඛ්‍ය සේවාවක් හෝ රෝහලක් හේ වෙනත් ප්‍රාදේශීය කවුන්සලයක් මීට අයිති විය හැකිය. පාසල් එන්නත් වැඩසටහන හා සම්බන්ධ තොරතුරු ප්‍රාදේශීය කවුන්සලය විසින් ඔබ වෙත SMS හෝ ඊමේල් හරහා ලබා දීමට ඉඩ තිබේ. ඔබේ ළමයාගේ පාසල ප්‍රදේශයේ කවුන්සලය අමතා, ඔබේ ළමයා පිළිබඳ දත්ත වලට ඔබට පිවිසිය හැකිය.

Office use only:

Vaccination date: Nurse initials: Site: L/R arm

Meningococcal ACWY Secondary School Vaccine Program

Complete and return to school

1. Read the Meningococcal ACWY information.
2. Complete the consent section and sign if a Yes.
3. Remove the consent form and return it to school even if you do not want your child to be vaccinated.

Contact your local council for more information.

Meningococcal ACWY information

Meningococcal ACWY

Meningococcal disease is caused by bacteria. Although meningococcal disease is uncommon, it can become very serious, very quickly. About 10 per cent of people carry meningococcal bacteria in their throat without becoming unwell. These people are known as 'carriers'. Meningococcal bacteria are passed from person to person by regular, close, prolonged household and intimate contact. Adolescents are at increased risk of meningococcal disease and more likely to spread the disease to others.

Invasive meningococcal disease occurs when these bacteria enter the blood stream to cause septicaemia (infection in the blood, also known as 'bacteraemia') or meningitis, (inflammation of the membrane covering of the brain). Death can occur in up to 10 per cent of cases. Occasionally, severe infection can also occur in the joints, throat, lungs or intestines.

There are different strains (serogroups) of meningococcal bacteria known by letters of the alphabet, including meningococcal A, B, C, W and Y. In recent years some of these meningococcal strains have increased across Australia.

Meningococcal ACWY-containing vaccine

The Meningococcal ACWY-containing vaccine is a four-in-one combined vaccine for protection against meningococcal A, C, W, Y strains. Studies have shown that the effectiveness of the meningococcal A, C, W, Y vaccine is between 80 to 85 per cent in adolescents. Meningococcal A, C, W, Y vaccination programs have been implemented in adolescents in the UK since 2015, and recommended in the US since 2005.

The vaccine does not contain any live bacteria and cannot cause meningococcal disease. The ACWY strain vaccine will boost adolescents with the C strain they had as a baby and protect against the A, W and Y strains.

Possible side effects of meningococcal ACWY vaccine

Most side effects are minor and quickly disappear. If the following reactions occur, it will be soon after vaccination.

Common side effects

- Mild temperature
- Headache
- Dizziness
- Pain, redness and swelling at the injection site
- Fainting may occur up to 30 minutes after any vaccination.

Translating and interpreting service
Call 131 450

Interpreter

IMMUNISE AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory Governments initiative

If mild reactions do occur, the side effects can be reduced by:

- Drinking extra fluids and not over-dressing if the person has a fever
- Taking paracetamol and placing a cold, wet cloth on the sore injection site.

Extremely rare side effects

- Severe allergic reaction.

In the event of a severe allergic reaction, immediate medical attention will be provided.

If reactions are severe or persistent, or if you are worried, contact your doctor or hospital.

Pre-immunisation checklist

Before your child is immunised, tell your doctor or nurse if any of the following apply.

- Is unwell on the day of immunisation (temperature over 38.5°C)
- Has any severe allergies
- Has had a severe reaction to any vaccine
- Is pregnant.

After vaccination wait at the place of vaccination a minimum of 15 minutes.

Further information

If you require further advice or information, please contact your local council immunisation service or local doctor.

Or visit www.betterhealth.vic.gov.au

How to complete the form

Please read the information.

Complete the form **even if the vaccine is not to be given**.

Detach the form and return it to school.

For all children/students

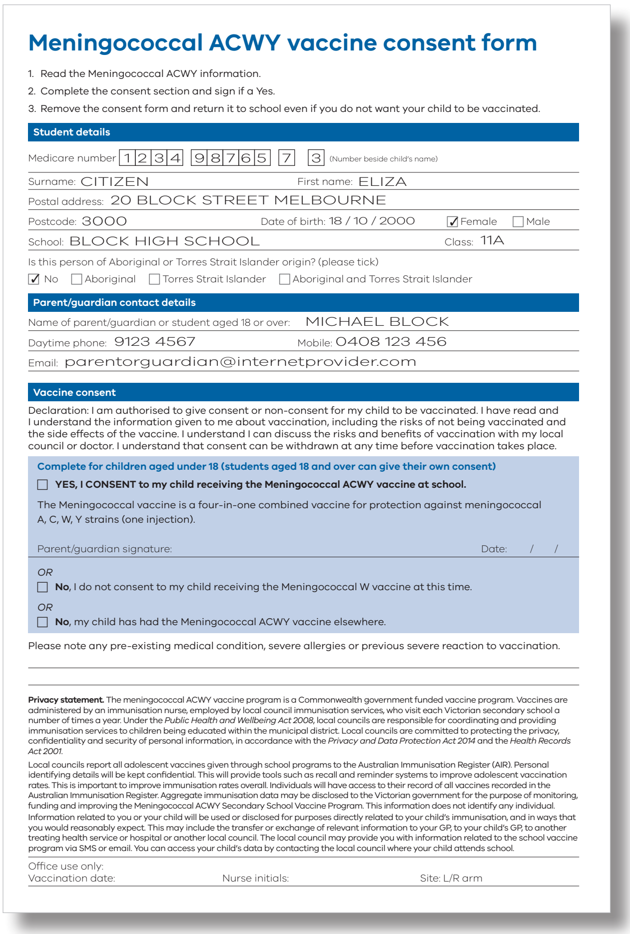
Please complete with the details of the child.

Then

Complete this section if you wish to have your child vaccinated.

Or

Complete this section if you do not wish to have your child vaccinated.



Meningococcal ACWY vaccine consent form

1. Read the Meningococcal ACWY information.
2. Complete the consent section and sign if a Yes.
3. Remove the consent form and return it to school even if you do not want your child to be vaccinated.

Student details

Medicare number 1234 98765 7 3 (Number beside child's name)

Surname: CITIZEN First name: ELIZA

Postal address: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

Postcode: 3000 Date of birth: 18 / 10 / 2000 ☑ Female ☐ Male

School: BLOCK HIGH SCHOOL Class: 11A

Is this person of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? (please tick)

☑ No ☐ Aboriginal ☐ Torres Strait Islander ☐ Aboriginal and Torres Strait Islander

Parent/guardian contact details

Name of parent/guardian or student aged 18 or over: MICHAEL BLOCK

Daytime phone: 9123 4567 Mobile: 0408 123 456

Email: parentorguardian@internetprovider.com

Vaccine consent

Declaration: I am authorised to give consent or non-consent for my child to be vaccinated. I have read and I understand the information given to me about vaccination, including the risks of not being vaccinated and the side effects of the vaccine. I understand I can discuss the risks and benefits of vaccination with my local council or doctor. I understand that consent can be withdrawn at any time before vaccination takes place.

Complete for children aged under 18 (students aged 18 and over can give their own consent)

☐ **YES, I CONSENT to my child receiving the Meningococcal ACWY vaccine at school.**

The Meningococcal vaccine is a four-in-one combined vaccine for protection against meningococcal A, C, W, Y strains (one injection).

Parent/guardian signature: Date: / /

OR

☐ **No**, I do not consent to my child receiving the Meningococcal W vaccine at this time.

OR

☐ **No**, my child has had the Meningococcal ACWY vaccine elsewhere.

Please note any pre-existing medical condition, severe allergies or previous severe reaction to vaccination.

Privacy statement. The meningococcal ACWY vaccine program is a Commonwealth government funded vaccine program. Vaccines are administered by an immunisation nurse, employed by local council immunisation services, who visit each Victorian secondary school a number of times a year. Under the *Public Health and Wellbeing Act 2008*, local councils are responsible for coordinating and providing immunisation services to children being educated within the municipal district. Local councils are committed to protecting the privacy, confidentiality and security of personal information, in accordance with the *Privacy and Data Protection Act 2014* and the *Health Records Act 2001*.

Local councils report all adolescent vaccines given through school programs to the Australian Immunisation Register (AIR). Personal identifying details will be kept confidential. This will provide tools such as recall and reminder systems to improve adolescent vaccination rates. This is important to improve immunisation rates overall. Individuals will have access to their record of all vaccines recorded in the Australian Immunisation Register. Aggregate immunisation data may be disclosed to the Victorian government for the purpose of monitoring, funding and improving the Meningococcal ACWY Secondary School Vaccine Program. This information does not identify any individual.

Information related to you or your child will be used or disclosed for purposes directly related to your child's immunisation, and in ways that you would reasonably expect. This may include the transfer or exchange of relevant information to your GP, to your child's GP, to another treating health service or hospital or another local council. The local council may provide you with information related to the school vaccine program via SMS or email. You can access your child's data by contacting the local council where your child attends school.

Office use only:

Vaccination date: Nurse initials: Site: L/R arm

To receive this document in an accessible format email: immunisation@dhhs.vic.gov.au

Authorised and published by the Victorian Government, 1 Treasury Place, Melbourne.

© State of Victoria, January 2019 (DP190174)

Meningococcal ACWY vaccine consent form

1. Read the Meningococcal ACWY information.
2. Complete the consent section and sign if a Yes.
3. Remove the consent form and return it to school even if you do not want your child to be vaccinated.

Student details

Medicare number ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐ ☐ (Number beside child's name)

Surname: First name:

Postal address:

Postcode: Date of birth: / / ☐ Female ☐ Male

School: Class:

Is this person of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? (please tick)

☐ No ☐ Aboriginal ☐ Torres Strait Islander ☐ Aboriginal and Torres Strait Islander

Parent/guardian contact details

Name of parent/guardian or student aged 18 or over:

Daytime phone: Mobile:

Email:

Vaccine consent

Declaration: I am authorised to give consent or non-consent for my child to be vaccinated. I have read and I understand the information given to me about vaccination, including the risks of not being vaccinated and the side effects of the vaccine. I understand I can discuss the risks and benefits of vaccination with my local council or doctor. I understand that consent can be withdrawn at any time before vaccination takes place.

Complete for children aged under 18 (students aged 18 and over can give their own consent)

☐ **YES, I CONSENT to my child receiving the Meningococcal ACWY vaccine at school.**

The Meningococcal vaccine is a four-in-one combined vaccine for protection against meningococcal A, C, W, Y strains (one injection).

Parent/guardian signature: Date: / /

OR

☐ **No**, I do not consent to my child receiving the Meningococcal W vaccine at this time.

OR

☐ **No**, my child has had the Meningococcal ACWY vaccine elsewhere.

Please note any pre-existing medical condition, severe allergies or previous severe reaction to vaccination.

Privacy statement. The meningococcal ACWY vaccine program is a Commonwealth government funded vaccine program. Vaccines are administered by an immunisation nurse, employed by local council immunisation services, who visit each Victorian secondary school a number of times a year. Under the *Public Health and Wellbeing Act 2008*, local councils are responsible for coordinating and providing immunisation services to children being educated within the municipal district. Local councils are committed to protecting the privacy, confidentiality and security of personal information, in accordance with the *Privacy and Data Protection Act 2014* and the *Health Records Act 2001*.

Local councils report all adolescent vaccines given through school programs to the Australian Immunisation Register (AIR). Personal identifying details will be kept confidential. This will provide tools such as recall and reminder systems to improve adolescent vaccination rates. This is important to improve immunisation rates overall. Individuals will have access to their record of all vaccines recorded in the Australian Immunisation Register. Aggregate immunisation data may be disclosed to the Victorian government for the purpose of monitoring, funding and improving the Meningococcal ACWY Secondary School Vaccine Program. This information does not identify any individual.

Information related to you or your child will be used or disclosed for purposes directly related to your child's immunisation, and in ways that you would reasonably expect. This may include the transfer or exchange of relevant information to your GP, to your child's GP, to another treating health service or hospital or another local council. The local council may provide you with information related to the school vaccine program via SMS or email. You can access your child's data by contacting the local council where your child attends school.

Office use only:
Vaccination date: Nurse initials: Site: L/R arm