

# Програма на вакцинација против бактерија на менингитис ACWY во средните училишта

Пополнете и вратете во училиштето

1. Прочитајте ги информациите за бактеријата на менингитис ACWY.
2. Пополнете го поглавјето за согласност за вакцинација и потпишете ако сте одговориле „Да“.
3. Одвојте го образецот за согласност и вратете го во училиштето, дури и ако не сакате вашето дете да биде вакцинирано. За повеќе информации обратете се на вашата општина.

## Информации за бактеријата на менингитис ACWY

### Бактерија на менингитис ACWY

Менингитисот го предизвикуваат бактерии. Иако менингитисот не се јавува често, тој многу брзо може да стане многу сериозно заболување. Околу 10 проценти од луѓето ја носат бактеријата на менингитис во грлото. Тие луѓе се наречуваат „носители“. Бактериите на менингитис се пренесуваат од човек на човек преку контакти што се редовни, непосредни, долготрајни во домаќинството и интимни. Адолесцентите се изложени на поголем ризик да заболат од менингитис и поголема е веројатноста да заразат други лица.

До инвазивен менингитис доаѓа кога бактерии на менингитис навлезат во крвотокот и предизвикаат септицемија (инфекција на крвта исто така позната како „бактеремија“) или менингитис (воспаление на мембраната што го покрива мозокот). До смрт може да дојде и до 10 проценти од случаите. Понекогаш може да дојде и до сериозна инфекција на зглобовите, грлото, белите дробови или цревата.

Постојат различни типови (серогрупи) на бактерии на менингитис, познати според буквите на азбуката, вклучувајќи ги бактериите на менингитис А, В, С, W и Y. Последниве години бројот на заразени со некои од овие типови на бактерија на менингитис е зголемен ширум Австралија.

### Вакцина што содржи бактерија на менингитис ACWY

Вакцината што содржи бактерија на менингитис ACWY е комбинирана четирикратна вакцина за заштита од бактериите на менингитис А, С, W и Y. Истражувањата покажаа дека вакцината против менингитис А, С, W и Y е ефикасна кај 80 до 85 проценти на адолесценти. Програми на вакцинација против менингитис А, С, W и Y се спроведуваат во Велика Британија од 2015 година, а се препорачуваат во САД од 2005 година.

Вакцината не содржи живи бактерии и не може да предизвика менингитис. Четирикратната вакцина ACWY ќе ја засили кај адолесцентите вакцината против типот С што ја добиле како бебиња и ќе ги заштити од типовите А и Y.

### Можни контраиндикации на вакцината против менингитис ACWY.

Контраиндикациите (несаканите последици) се главно слаби и брзо исчезнуваат. Ако дојде до следните контраиндикации, тие ќе се загубат наскоро по вакцинацијата.

#### Вообичаени контраиндикации

- Малку зголемена температура
- Главоболка
- Вртоглавица
- Болка, црвенило и оток на местото на давање на инјекцијата.
- До губење на свест може да дојде во првите 30 минути после секоја вакцинација.

Служба за писмено и  
усно преведување  
Јавете се на 131 450



Ако дојде до слаби реакции, контраиндикациите може да се намалат ако:

- Заболениот пие повеќе течности и не се облекува премногу ако има треска
- Зема парацетамол и става студена водена крпа на местото на примање на инјекцијата.

### Исклучително ретки контраиндикации

- Сериозна алергиска реакција.

Во случај на сериозна алергиска реакција веднаш ќе биде укажана медицинска помош.

Ако реакцијата е сериозна или не поминува, или сте загрижени, јавете се на вашиот доктор или болница.

### Список за проверка пред вакцинација

Пред вашето дете да биде вакцинирано, речете му на вашиот доктор или медицинска сестра во која и да е од следните ситуации.

- Детето не се чувствува добро на денот на вакцинацијата (има температура над 38.5°C)
- Има која и да е силна алергија
- Имало силна реакција на која и да е вакцина
- Е бремено.

После вакцинацијата, останете на местото на вакцинацијата уште најмалку 15 минути.

### Повеќе информации

Ако ви требаат дополнителни совети или информации, ве молиме јавете се на вашата општинска служба за имунизација или на вашиот доктор.

Или видете на [www.betterhealth.vic.gov.au](http://www.betterhealth.vic.gov.au)

### Како да го пополните образецот

Ве молиме прочитајте ги информациите.

Пополнете го образецот **дури и ако не треба да се даде вакцина.**

Одвојте го образецот и вратете го во училиштето.

### За сите деца/ученици

Ве молиме пополнете ги податоците за детето.

### Потоа

Пополнете го овој дел ако сакате вашето дете да биде вакцинирано.

### Или

Пополнете го овој дел ако не сакате вашето дете да биде вакцинирано.

За да го добиете овој образец во достапен формат пратете имејл на адреса: [immunisation@dhhs.vic.gov.au](mailto:immunisation@dhhs.vic.gov.au)

Одобрила и објавила Викториската влада,  
1 Treasury Place, Мелбурн

© Држава Викторија, јануари 2019 (1702019)

### Образец за согласност за примање на вакцината против менингитис ACWY

1. Прочитајте ги информациите за бактеријата на менингитис ACWY.
2. Пополнете го поглавјето за согласност за вакцинација и потпишете ако сте одговориле „Да“.
3. Одвојте го образецот за согласност и вратете го во училиштето, дури и ако не сакате вашето дете да биде вакцинирано. За повеќе информации обратете се на вашата општина.

**Податоци за ученикот**

Medicare број:       (Број покрај името на детето)

Презиме: CITIZEN Име: ELIZA

Почтена адреса: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

Почтенски број: 3000 Датум на раѓање: 18 / 10 / 2000  Женско  Машно

Училиште: BLOCK HIGH SCHOOL Класа: 11A

Дали ова лице по потекло е Аборидиан или од Островите во Теснејот Торес? (ве молиме означете)

Не  Аборидиан  Од Островите во Теснејот Торес  Аборидиан и од Островите во Теснејот Торес

**Податоци за контакт на родителот/старателот**

Име и презиме на родителот/старателот или на ученикот кој има 18 или повеќе години: MICHAEL BLOCK

Телефон преку ден: 9123 4567 Мобилен: 0408 123 456

Имејл: [parentorguardian@internetprovider.com](mailto:parentorguardian@internetprovider.com)

### Согласност за примање на вакцина

Извај: Јас сум овластен/овластена да дадам согласност моемо дете да биде вакцинирано. Јас ги прочитав и разбрав информациите што ми се дадени за вакцинацијата, вклучувајќи ги ризиците ако детето не биде вакцинирано и контраиндикациите на вакцинацијата. Јас ги разбираам и може да разговарам за ризиците и користа од вакцинацијата со мојата општина или доктор. Јас разбираам дека согласност може да ја повлечам во секое време пред да се изврши вакцинацијата.

Да се пополни за децата помлади од 18 години (учениците кои имаат 18 или повеќе години може самите да дадат согласност)

**ДА, ЈАС ДАВАМ СОГЛАСНОСТ МОЕТО ДЕТЕ ДА ДОБИЕ ВАКЦИНА ПРОТИВ МЕНИНГИТИС ACWY ВО УЧИЛИШТЕ.**

Вакцинацата против менингитис W е комбинирана четирикомпонентна вакцина за заштита од бактериите на менингитис од типовите A, C, W и Y (една инјекција).

Потпиш на родителот/старателот \_\_\_\_\_ Дата: / /

ИЛИ  Не, Јас не давам согласност моемо дете сета да добие вакцина против бактеријата на менингитис ACWY.

ИЛИ  Не, моемо дете ја добило вакцината против бактеријата на менингитис ACWY на друго место.

Ве молам земете ја предвид секоја претходна медицинска состојба, силни алергии или претходна сериозна реакција на вакцинацијата.

Имава за примател: Програмата на вакцинација против Бактеријата на менингитис ACWY е програма на вакцинација финансирана од Владата на Викторија. Информациите ги дава медицинската служба за имунизација во општинската служба за вакцинација, која ги подготвува сите средни училишта во Викторија повозрасни подрачја. Според Законот за јавно здравје и Информациониот акт 2008 година (Public Health and Information Act 2008), општината е одговорна за собирањето и давањето на услугите на имунизација на вашето дете и одговорна за подготвувањето на административните документи. Општината е доволна да ја заштити приватноста доколку е потребно да се соборат информациите. Законот за приватност и заштитата на податоците од 2014 година (Privacy and Data Protection Act 2014) и Законот за Здравствена Документација од 2001 година (Health Records Act 2001). Општината го известува Австралискиот регистар на имунизација (Australian Immunisation Register AIR) за сите ваксини дадени на возрастни лица низ училишните програми. Личните податоци врз основа на нив може да се отворат и да се користат за медицински цели. Тоа е важно заради ползувањето на општеството преку мониторингот на имунизацијата. Податоци не имаат пристап на нивните податоци за сите ваксини внесени во Австралискиот регистар на имунизација. Секундарните податоци за имунизација може да бидат отворени на Викторијата преку здравствено поддршка, финансирање и снабдување на Програмата на имунизација против Бактеријата на менингитис ACWY во средните училишта. Овие информации не го споредуваат здравствениот напредок подготвен.

Информациите во врска со вас и со вашето дете ќе бидат користени или спрделени за цели во директна врска со имунизацијата на вашето дете и на начини кои вам различно би ги очекувале. Тоа може да вклучува пренесување или размена на релевантни информации со вашиот доктор од општа природа, докторот од општа природа на вашето дете, некоја друга здравствена служба што се занимава со лекување или болница, или друга општина. Општината може да ви даде информации во врска со училишната програма на вакцинација по пат на SMS порака или со имејл. Вие можете да имате пристап до податоците на вашето дете ако ја дадете на општината на чие подрачје вашето дете е во училиште.

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

# Образец за согласност за примање на вакцината против менингитис ACWY

1. Прочитајте ги информациите за бактеријата на менингитис ACWY.
2. Пополнете го поглавјето за согласност за вакцинација и потпишете ако сте одговориле „Да“.
3. Одвојте го образецот за согласност и вратете го во училиштето, дури и ако не сакате вашето дете да биде вакцинирано. За повеќе информации обратете се на вашата општина.

## Податоци за ученикот

Medicare број           (Број покрај името на детето)

Презиме: \_\_\_\_\_ Име: \_\_\_\_\_

Поштенска адреса: \_\_\_\_\_

Поштенски број: \_\_\_\_\_ Датум на раѓање: / /  Женско  Машко

Училиште: \_\_\_\_\_ Клас: \_\_\_\_\_

Дали ова лице по потекло е Абориџин или од Островите во Теснекот Торес? (ве молиме означете)

Не  Абориџин  Од Островите во Теснекот Торес  Абориџин и од Островите во Теснекот Торес

## Податоци за контакт на родителот/старателот

Име и презиме на родителот/старателот или на ученикот кој има 18 или повеќе години: \_\_\_\_\_

Телефон преку ден: \_\_\_\_\_ Мобилен: \_\_\_\_\_

Имејл: \_\_\_\_\_

## Согласност за примање на вакцина

Изјава: Јас сум овластен/овластена да дадам согласност моето дете да биде вакцинирано. Јас ги прочитав и разбрав информациите што ми се дадени за вакцинацијата, вклучувајќи ги ризиците ако детето не биде вакцинирано и контраиндикациите на вакцината. Јас ги разбираам и може да разговарам за ризиците и користа од вакцинацијата со мојата општина или доктор. Јас разбираам дека согласноста може да ја повлечам во секое време пред да се изврши вакцинацијата.

### Да се пополни за децата помлади од 18 години (учениците кои имаат 18 или повеќе години може самите да дадат согласност)

**ДА, ЈАС ДАВАМ СОГЛАСНОСТ** моето дете да добие вакцина против менингитис ACWY во училиште.

Вакцината против менингитис W е комбинирана четирикратна вакцина за заштита од бактериите на менингитис од типовите A, C, W и Y (една инјекција).

Потпис на родителот/старателот \_\_\_\_\_ Дата: / /

### ИЛИ

**Не, јас не давам согласност** моето дете сега да добие вакцина против бактеријата на менингитис ACWY.

### ИЛИ

**Не, моето дете ја добило вакцината** против бактеријата на менингитис ACWY на друго место.

Ве молам земете ја предвид секоја претходна медицинска состојба, силни алергии или претходна сериозна реакција на вакцинација.

**Изјава за приватност.** Програмата на вакцинација против бактеријата на менингитис ACWY е програма на вакцинација финансирана од Федералната влада. Вакцините ги дава медицинска сестра за имунизација вработена во општинска служба за вакцинација, која ги посетува сите средни училишта во Викторија повеќепати годишно. Според *Законот за јавно здравје и добросостојба од 2008 година (Public Health and Wellbeing Act 2008)*, општините се одговорни за координација и давање на услугите на имунизација на децата кои се образуваат на подрачјето на дадената општина. Општините се должни да ја заштитат приватноста, доверливоста и безбедноста на личните информации според *Законот за приватност и заштита на податоците од 2014 година (Privacy and Data Protection Act 2014)* и *Законот за здравствена документација од 2001 година (Health Records Act 2001)*.

Општините го известуваат Австралискиот регистер на имунизација (Australian Immunisation Register AIR) за сите вакцини дадени на возрастни лица низ училишните програми. Личните податоци врз основа на кои може да се утврди идентитет ќе бидат чувани како доверливи. Тоа ќе ги подобри алатките како што се системите за повлекување и потсетување, заради зголемување на стапката на вакцинација на возрасните. Тоа е важно заради зголемување на севкупната стапка на имунизација. Поединци ќе имаат пристап на нивните податоци за сите вакцини внесени во Австралискиот регистер на имунизација. Севкупните податоци за имунизација може да бидат откриени на Викториската влада заради надгледување, финансирање и подобрување на Програмата на имунизација против бактеријата на менингитис ACWY во средните училишта. Овие информации не го откриваат идентитетот на нивен поединец.

Информациите во врска со вас и со вашето дете ќе бидат користени или откриени за цели во директна врска со имунизацијата на вашето дете и на начини кои вие разумно би ги очекувале. Тоа може да вклучува пренесување или размена на релевантни информации со вашиот доктор од општа пракса, докторот од општа пракса на вашето дете, некоја друга здравствена служба што се занимава со лекување или болница, или друга општина. Општината може да ви даде информации во врска со училишната програма на вакцинација по пат на СМС порака или со имејл. Вие можете да имате пристап до податоците на вашето дете ако се јавите на општината на чие подрачје вашето дете оди во училиште.

Office use only:

Vaccination date: \_\_\_\_\_

Nurse initials: \_\_\_\_\_

Site: L/R arm \_\_\_\_\_

# Образец за согласност за примање на вакцината против менингитис ACWY

1. Прочитајте ги информациите за бактеријата на менингитис ACWY.
2. Пополнете го поглавјето за согласност за вакцинација и потпишете ако сте одговориле „Да“.
3. Одвојте го образецот за согласност и вратете го во училиштето, дури и ако не сакате вашето дете да биде вакцинирано. За повеќе информации обратете се на вашата општина.

## Податоци за ученикот

Medicare број            (Број покрај името на детето)

Презиме: CITIZEN Име: ELIZA

Поштенска адреса: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

Поштенски број: 3000 Датум на раѓање: 18 / 10 / 2000  Женско  Машко

Училиште: BLOCK HIGH SCHOOL Клас: 11A

Дали ова лице по потекло е Абориџин или од Островите во Теснекот Торес? (ве молиме означете)

Не  Абориџин  Од Островите во Теснекот Торес  Абориџин и од Островите во Теснекот Торес

## Податоци за контакт на родителот/старателот

Име и презиме на родителот/старателот или на ученикот кој има 18 или повеќе години: MICHAEL BLOCK

Телефон преку ден: 9123 4567 Мобилен: 0408 123 456

Имејл: parentorguardian@internetprovider.com

## Согласност за примање на вакцина

Изјава: Јас сум овластен/овластена да дадам согласност моето дете да биде вакцинирано. Јас ги прочитав и разбрав информациите што ми се дадени за вакцинацијата, вклучувајќи ги ризиците ако детето не биде вакцинирано и контраиндикациите на вакцината. Јас ги разбираам и може да разговарам за ризиците и користа од вакцинацијата со мојата општина или доктор. Јас разбираам дека согласноста може да ја повлечам во секое време пред да се изврши вакцинацијата.

**Да се пополни за децата помлади од 18 години (учениците кои имаат 18 или повеќе години може самите да дадат согласност)**

**ДА, ЈАС ДАВАМ СОГЛАСНОСТ** моето дете да добие вакцина против менингитис ACWY во училиште.

Вакцината против менингитис W е комбинирана четирикратна вакцина за заштита од бактериите на менингитис од типовите A, C, W и Y (една инјекција).

Потпис на родителот/старателот \_\_\_\_\_ Дата: / /

ИЛИ

**Не, јас не давам согласност** моето дете сега да добие вакцина против бактеријата на менингитис ACWY.

ИЛИ

**Не, моето дете ја добило вакцината** против бактеријата на менингитис ACWY на друго место.

Ве молам земете ја предвид секоја претходна медицинска состојба, силни алергии или претходна сериозна реакција на вакцинација.

**Изјава за приватност.** Програмата на вакцинација против бактеријата на менингитис ACWY е програма на вакцинација финансирана од Федералната влада. Вакцините ги дава медицинска сестра за имунизација вработена во општинска служба за вакцинација, која ги посетува сите средни училишта во Викторија повеќепати годишно. Според Законот за јавно здравје и добросостојба од 2008 година (Public Health and Wellbeing Act 2008), општините се одговорни за координација и давање на услугите на имунизација на децата кои се образуваат на подрачјето на дадената општина. Општините се должни да ја заштитат приватноста, доверливоста и безбедноста на личните информации според Законот за приватност и заштита на податоците од 2014 година (Privacy and Data Protection Act 2014) и Законот за здравствена документација од 2001 година (Health Records Act 2001).

Општините го известуваат Австралискиот регистер на имунизација (Australian Immunisation Register AIR) за сите вакцини дадени на возрастни лица низ училишните програми. Личните податоци врз основа на кои може да се утврди идентитет ќе бидат чувани како доверливи. Тоа ќе ги подобри алатките како што се системите за повлекување и потсетување, заради зголемување на стапката на вакцинација на возрасните. Тоа е важно заради зголемување на севкупната стапка на имунизација. Поединци ќе имаат пристап на нивните податоци за сите вакцини внесени во Австралискиот регистер на имунизација. Севкупните податоци за имунизација може да бидат откриени на Викториската влада заради надгледување, финансирање и подобрување на Програмата на имунизација против бактеријата на менингитис ACWY во средните училишта. Овие информации не го откриваат идентитетот на нивен поединец.

Информациите во врска со вас и со вашето дете ќе бидат користени или откриени за цели во директна врска со имунизацијата на вашето дете и на начини кои вие разумно би ги очекувале. Тоа може да вклучува пренесување или размена на релевантни информации со вашиот доктор од општа пракса, докторот од општа пракса на вашето дете, некоја друга здравствена служба што се занимава со лекување или болница, или друга општина. Општината може да ви даде информации во врска со училишната програма на вакцинација по пат на СМС порака или со имејл. Вие можете да имате пристап до податоците на вашето дете ако се јавите на општината на чие подрачје вашето дете оди во училиште.

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



**i M M U N I S E**  
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](http://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.

To receive this document in an accessible format email: [immunisation@dhhs.vic.gov.au](mailto: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	1 2 3 4 9 8 7 6 5 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
Gender	<input checked="" type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male
School	BLOCK HIGH SCHOOL
Class	11A
Is this person of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? (please tick)	
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aboriginal <input type="checkbox"/> Torres Strait Islander <input type="checkbox"/> 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	parentguardian@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.	
<b>Complete for children aged under 18 (students aged 18 and over can give their own consent)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>YES, I CONSENT to my child receiving the Meningococcal ACWY vaccine at school.</b>	
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: / /
<input type="checkbox"/> <b>OR</b>	
<input type="checkbox"/> <b>No, I do not consent to my child receiving the Meningococcal W vaccine at this time.</b>	
<input type="checkbox"/> <b>OR</b>	
<input type="checkbox"/> <b>No, my child has had the Meningococcal ACWY vaccine elsewhere.</b>	
Please note any pre-existing medical condition, severe allergies or previous severe reaction to vaccination.	
<small><b>Privacy statement.</b> 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 or 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.</small>	
Office use only:	
Vaccination date:	Nurse initials: Site: L/R arm

# 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