

# ថ្នាំចាក់បង្ការរោគអុតស្វាយ (រោគស្ទួយ)

ត្រូវបានណែនាំសម្រាប់កុមាររៀននៅសាលាមធ្យមសិក្សាថ្នាក់ទី 7

សូមអានព័ត៌មាននេះ។

បំពេញហ្វ្រមនេះ ទោះបីជាមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគក្តី។

ផ្តាច់ហ្វ្រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

- តើកូនរបស់លោកអ្នកត្រូវការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអុតស្វាយឬទេ? សូមមើលខាងក្រោមដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមទៀត។
- សាលាក្រុងប្រចាំតំបន់ នឹងអញ្ជើញទៅពិនិត្យមើលសាលារៀនក្នុងពេលឆាប់ៗខាងមុខនេះ សម្រាប់កម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។
- ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគដោយឥតគិតថ្លៃ មានផ្តល់ជូនឆ្នាំនេះនៅសាលារៀន កន្លែងវេជ្ជបណ្ឌិត ឬនៅសេវាចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់សាលាក្រុងប្រចាំតំបន់។
- សូមអានបញ្ជីនៃកម្រិតមុនការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ ហើយពិភាក្សាអំពីកង្វល់ផ្នែកសុខភាពណាមួយជាមួយស្ថាប័នផ្តល់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់លោកអ្នក មុនកូនរបស់លោកអ្នកចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។
- កូនរបស់លោកអ្នកប្រហែលជាចាំបាច់ត្រូវចាក់ថ្នាំច្រើនជាងមួយលើក សម្រាប់ជំងឺផ្សេងៗគ្នាក្នុងថ្ងៃតែមួយ។ ការនេះនឹងពុំបង្កើននូវលទ្ធភាពនាំឱ្យ កូនរបស់លោកអ្នកមានប្រតិកម្មនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគឡើយ។
- លោកអ្នកត្រូវបញ្ជូនហ្វ្រមយល់ព្រមទៅសាលារៀនវិញ ទោះបីជាកូនរបស់លោកអ្នកមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគក្តី ដោយព្រោះថាការជួយក្នុងការ ផ្តល់ជូនសេវាសុខភាពកាន់តែប្រសើរឡើង។

## តើកូនរបស់លោកអ្នកត្រូវការថ្នាំចាក់បង្ការរោគអុតស្វាយឬទេ?

កូនរបស់ខ្ញុំបានកើតរោគអុតស្វាយរួចហើយ តើខ្ញុំគួរធ្វើអ្វីខ្លះ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រាកដច្បាស់ថា កូនរបស់លោកអ្នកបានកើតរោគអុតស្វាយរួចហើយ នោះគេពុំត្រូវការថ្នាំចាក់បង្ការរោគឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ថ្នាំចាក់បង្ការរោគអាចធ្វើបានដោយសុវត្ថិភាពចំពោះកុមារដែលកើតរោគអុតស្វាយរួចហើយ។

ខ្ញុំពុំប្រាកដច្បាស់ថាកូនរបស់ខ្ញុំបានកើតរោគអុតស្វាយរួចហើយឬនៅទេ តើខ្ញុំគួរធ្វើអ្វីខ្លះ?

កូនរបស់លោកអ្នកគួរចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។

កូនរបស់ខ្ញុំបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអុតស្វាយម្តងរួចហើយ តើគួរចាក់ថ្នាំបង្ការរោគលើកទីពីរនៅពេលឥឡូវនេះឬ?

បាទ/ចាស ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអុតស្វាយពីរលើកបង្កើននូវការការពារ និងកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃការកើតរោគអុតស្វាយនៅពេលក្រោយ។

កូនរបស់ខ្ញុំបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអុតស្វាយម្តង និងមានរោគអុតស្វាយរួចហើយ តើខ្ញុំគួរធ្វើអ្វីខ្លះ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រាកដច្បាស់ថា កូនរបស់លោកអ្នកបានកើតរោគអុតស្វាយរួចហើយ នោះគេពុំត្រូវការថ្នាំចាក់បង្ការរោគឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ថ្នាំចាក់បង្ការរោគអាចធ្វើបានដោយសុវត្ថិភាពចំពោះកុមារដែលកើតរោគអុតស្វាយរួចហើយ។

## រោគអុតស្វាយ

រោគអុតស្វាយគឺជាមេរោគឆ្លងយ៉ាងខ្លាំងបណ្តាលមកពីវិរុសដំបៅស្ទួច។ រោគអុតស្វាយឆ្លងរាលដាលតាមរយៈការក្អក និងគណ្តាស់ និងតាមរយៈការប៉ះពាល់ផ្ទាល់ជាមួយនឹងវត្ថុរាវនៅក្នុងឆ្អឹងដែលមាននៅក្នុងកន្ទួល។

តាមធម្មតា វាជាមេរោគមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរដែលកើតមាននៅក្នុងរយៈពេលខ្លីក្នុងចំណោមកុមារដែលមានសុខភាពល្អ។ ពេលខ្លះរោគអុតស្វាយនឹងកើតទៅជាជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដូចជាមេរោគដំបៅស្បែក ដែលបណ្តាលឱ្យកើតមានស្លាកស្នាមរោគរលាកស្លឹក ឬរលាកខួរក្បាល។ មនុស្សពេញវ័យដែលកើតរោគអុតស្វាយ ជាទូទៅជួបប្រទះនឹងរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ។ រោគអុតស្វាយក៏អាចមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ទារកមិនទាន់កើតផងដែរ ប្រសិនបើបានឆ្លងក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ រោគអុតស្វាយអាចបណ្តាលទៅជាជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ហើយថែមទាំងស្លាប់ទៀតផងក្នុងមនុស្សគ្រប់វ័យ។

រយៈពេលរីកដុះដាលនៃរោគអុតស្វាយគឺចាប់ពី១០ទៅ ២១ថ្ងៃ ដោយមានការលេចឱ្យឃើញជាដំបូងនូវស្លាកស្នាមក្រហមមុច។ បន្ទាប់មកក៏ក្លាយទៅជាពងបែកខ្ទុះក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានម៉ោងក្រោយមក។ ស្នាមមុច។ តាមធម្មតា កើតមានលើតួខ្នង មុខ និងផ្នែកពងទៀតនៃដងខ្លួន។ មនុស្សភាគច្រើនដែលកើតរោគអុតស្វាយទៅជាគ្រុន និងមានអារម្មណ៍មិនស្រួលខ្លួន ហើយអាចជួបប្រទះនឹងការរមាស់យ៉ាងខ្លាំង។

ជនណាដែលមិនបានកើតរោគអុតស្វាយពីពេលមុន អាចឆ្លងរោគបាន។ មុនពេលមានកម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ មានមនុស្សប្រហែលជា៧ភាគរយបានឆ្លងរោគអុតស្វាយមុនគេចូលអាយុ១២ឆ្នាំ។



# ហ្វមយល់ព្រមដើម្បីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអុតស្វាយ (រោគស្ទួច)

ត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់កុមារនៅសាលាមធ្យមសិក្សាឆ្នាំទី ៧

សូមអានព័ត៌មាននេះ៖

បំពេញហ្វមនេះ ទោះបីជាមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួច។

ផ្តាច់ហ្វមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅសាលារៀនវិញ។

## ព័ត៌មានលំអិតរបស់សិស្ស

ឈ្មោះសិស្ស:         (លេខនៅក្បែរឈ្មោះកុមារ)

នាមត្រកូល:

នាមខ្លួន:

អាសយដ្ឋានរស់នៅ:

លេខកូដតំបន់:

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: / /

ភេទ: ☐ ស្រី ☐ ប្រុស

សាលារៀន:

ក្រុមថ្នាក់រៀន:

តើបុគ្គលនេះមានដើមកំណើតជាជនជាតិដើម ឬអ្នករស់នៅលើកោះ Torres Strait? (សូមជ្រើស)

☐ ទេ ☐ ជនជាតិដើម ☐ អ្នករស់នៅលើកោះ Torres Strait ☐ ជនជាតិដើម និងអ្នករស់នៅលើកោះ Torres Strait

## ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួច

នាមត្រកូល:

នាមខ្លួន:

អ៊ីម៉ែល:

លេខទូរស័ព្ទលេខផ្ទះ:

ទូរស័ព្ទលេខ:

## មាតា ឬបិតា/អាណាព្យាបាល សូមចុះហត្ថលេខាប្រសិនបើលោកអ្នកយល់ព្រមឱ្យកូនរបស់លោកអ្នកទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអុតស្វាយនៅសាលារៀន។

ខ្ញុំបានអាន ហើយយល់ដឹងពីព័ត៌មានដែលបានផ្តល់មកឱ្យខ្ញុំអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួច មានរួមទាំងការពន្យល់ពីគុណភាពប្រសិទ្ធភាព និងផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួចផងដែរ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំកំពុងផ្តល់ការយល់ព្រមសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអុតស្វាយត្រូវបានចែងឡើង។ ខ្ញុំបានទទួលបានព័ត៌មានអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួចជាមួយស្ថាប័នផ្តល់ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួច។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចជួយការងារយល់ព្រមនេះនៅពេលណាក៏បានមុនការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួចតាមការណែនាំ។

☐ បាទ/ចាស៊ី ខ្ញុំយល់ព្រមទៅនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអុតស្វាយ (សូមជ្រើស)

ខ្ញុំបានទទួលបានការអនុញ្ញាតដើម្បីផ្តល់ការយល់ព្រមសម្រាប់កុមារខាងលើនេះទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួច។

ឈ្មោះមាតា ឬបិតា/អាណាព្យាបាល(សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ព):

ហត្ថលេខារបស់មាតា ឬបិតា/អាណាព្យាបាល:

កាលបរិច្ឆេទ: / /

## ឬ ប្រសិនបើការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួចបានធ្វើនៅសាលារៀន:

### ទេ ខ្ញុំមិនយល់ព្រមទៅនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអុតស្វាយឡើយ។

បន្ទាប់ពីបានអានព័ត៌មានដែលផ្តល់ឱ្យ ខ្ញុំពុំប្រាថ្នាចង់ឱ្យកូនរបស់ខ្ញុំចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអុតស្វាយនៅពេលនេះទេ។

ហត្ថលេខារបស់មាតា ឬបិតា/អាណាព្យាបាល:

កាលបរិច្ឆេទ: / /

**សេចក្តីបញ្ជាក់ស្តីពីការព្យាបាល:** កម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួច ឆ្នាំទី ៧ បានទទួលការគាំទ្រពីរដ្ឋាភិបាល ដោយរដ្ឋាភិបាលអូស្ត្រាលី និងរដ្ឋាភិបាលវិចិត្រីយ៉ា ហើយ ប្រគល់ជូនដោយសាលាក្រុងប្រចាំតំបន់។

នៅក្រោមច្បាប់ សុខភាព និងសុខុមាលភាពសាធារណៈ ឆ្នាំ២០០៨ (Public Health and Wellbeing Act 2008) សាលាក្រុងប្រចាំ តំបន់ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការសម្របសម្រួល និងការ ផ្គត់ផ្គង់សេវាចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួច ទៅដល់កុមារដែលកំពុងទទួល ការអប់រំនៅក្នុងតំបន់នៃសាលាសង្កាត់។ សាលាក្រុងប្រចាំ តំបន់ មានការប្តេជ្ញាចិត្តដើម្បីការពារការរៀនក្នុងសាលា ការសិក្សា និងសុខុមាលភាពសិស្សដែលបានផ្តល់ឱ្យ ស្របទៅតាមច្បាប់ កិច្ចការពាររឿងរ៉ាវ និងទិន្នន័យ ឆ្នាំ២០១៤ (Privacy and Data Protection Act 2014) និង ច្បាប់កំណត់ ត្រាសុខភាព ឆ្នាំ២០០១ (Health Records Act 2001)។

សាលាក្រុងប្រចាំតំបន់ រាយការណ៍អំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួច ដល់ទីតាំងដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយ: កម្មវិធីសាលារៀន ទៅ បញ្ជីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួចអូស្ត្រាលី (Australian School Vaccination Register) (ASVR)។ ព័ត៌មាន លម្អិតផ្ទាល់ខ្លួនដែលសម្គាល់ដឹង និងត្រូវបានរក្សាទុកជា សម្ងាត់។ ព័ត៌មានដែលប្រមូលបាន នឹងយកប្រើជា ឧបករណ៍ ដូចជាប្រព័ន្ធប្រមូលហេតុមកវិញ និងក្រើនរំលឹក ដើម្បីកែលម្អ អត្រាចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួច។ បុគ្គលណាមួយដែលបានបញ្ជូន ឬបានបញ្ជូនព័ត៌មានទៅក្រៅពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួច ដែលបានកត់ត្រាទុកក្នុងបញ្ជីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួច អូស្ត្រាលី ហើយនិង ASVR ទិន្នន័យចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួច សម្រាប់ អាចបញ្ចេញទៅឱ្យរដ្ឋាភិបាលវិចិត្រីយ៉ា សម្រាប់គោល បំណងនៃការត្រួតពិនិត្យ ការផ្គត់ផ្គង់ថវិកា និងការកែលម្អ កម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួចសិក្សា ឆ្នាំទី ៧។ ព័ត៌មានមាន នេះមិនសម្គាល់ដឹងពីអត្តសញ្ញាណរបស់បុគ្គលណាមួយ ឡើយ។

ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងលោកអ្នក ឬកូនរបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវ បានប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញសម្រាប់គោលបំណងទាក់ទងដោយ ផ្ទាល់ទៅនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគស្ទួចរបស់កូនលោកអ្នក ហើយ នៅក្នុងវិធីដែលលោកអ្នកនឹងត្រូវបានទាក់ទង។ នេះ អាចរួមបញ្ចូលទាំងការផ្ទេរ ឬផ្ទេរព័ត៌មានទៅឱ្យ ឱ្យដឹងពីលោកអ្នក ដើម្បីជួយកូនលោកអ្នក ទៅសាកល្បងប្រឡងសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀត ឬសាលាក្រុងប្រចាំតំបន់ផ្សេងទៀត។ សាលាក្រុងប្រចាំតំបន់អាច ផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវព័ត៌មានទាក់ទងនឹងកម្មវិធីចាក់ថ្នាំនៅ សាលារៀន តាមរយៈ SMS ឬអ៊ីម៉ែល។ លោកអ្នកអាចបើក ចូលទិន្នន័យរបស់កូនលោកអ្នក ដោយទាក់ទងសាលាក្រុង ប្រចាំតំបន់ ជាកន្លែងដែលកូនរបស់លោកអ្នកទៅរៀន។

សម្រាប់ការិយាល័យប្រើប្រាស់:

កាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់ថ្នាំ:

ហត្ថលេខាសម្រេចរបស់គិលានុបដ្ឋាក:

# Chickenpox (Varicella) vaccine

Recommended for children in Year 7 of secondary school

Please read the information.

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

Detach the form and return it to school.

- **Does your child need the chickenpox vaccine?** See below for more information.
- Local council will be visiting school soon for this vaccine program.
- Free vaccine is available this year at school, the doctor or a local council immunisation service.
- Read the pre-immunisation checklist and discuss any health concern with your immunisation provider before your child is vaccinated.
- Your child may need more than one injection for different diseases on the same day. This will not increase the chance of your child having a vaccine reaction.
- You must return the consent form to school even if your child is not being vaccinated as this helps in the provision of improved health services.

## Does your child need the chickenpox vaccine?

**My child has had chickenpox infection, what should I do?**

If you are sure that your child has had chickenpox infection, then the vaccine is not needed. However the vaccine can be safely given to children who have had chickenpox infection.

**I am not sure my child has had chickenpox infection, what should I do?**

Your child should be vaccinated.

**My child has had one chickenpox vaccine, should a second vaccine be given now?**

Yes, two doses of chickenpox vaccine provide increased protection and reduce the risk of chickenpox occurring at a later time.

**My child has had one chickenpox vaccine and chickenpox infection, what should I do?**

If you are sure that your child has had chickenpox infection, then the vaccine is not needed. However the vaccine can be safely given to children who have had chickenpox infection.

## Chickenpox disease

Chickenpox is a highly contagious infection caused by the varicella zoster virus. Chickenpox is spread through coughs and sneezes and through direct contact with the fluid in the blisters of the rash.

It is usually a mild disease of short duration in healthy children; sometimes chickenpox will develop into a more severe illness such as bacterial skin infections resulting in scarring, pneumonia or inflammation of the brain. Adults who contract chickenpox generally experience more severe symptoms. Chickenpox may also be a risk to an unborn baby if contracted during pregnancy. Chickenpox can cause serious illness and even death in all ages.

The incubation period for chickenpox is 10 to 21 days, followed by the appearance of a rash of red spots initially, then becoming blisters within hours. The spots usually appear on the trunk, face and other parts of the body. Most people infected with chickenpox have a fever and feel unwell and may experience severe itching.

Anyone who has never had chickenpox before can catch it. Prior to the vaccine program, about 75 per cent of people caught chickenpox before 12 years of age.

Translating and  
interpreting service  
Call 131 450



**IMMUNISE**  
AUSTRALIA PROGRAM  
An Australian, State and Territory  
Governments initiative

## Chickenpox vaccine

The chickenpox vaccine contains modified live virus at a reduced strength and a small amount of the antibiotic, neomycin.

## Possible side effects of chickenpox vaccine

### Common side effects

- Fever
- Pain, redness and swelling at the injection site
- A temporary small lump at the injection site
- Fainting may occur up to 30 minutes after any vaccination.

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

- drinking extra fluids and not over-dressing if the person has a fever
- placing a cold wet cloth on the sore injection site
- taking paracetamol to reduce discomfort.

### Uncommon side effects

About two to five chickenpox-like spots may occur usually at the injection site and sometimes on other parts of the body between five and 26 days after vaccination and last for less than one week.

If this occurs the person should avoid direct contact with people with low immunity until the spots dry out.

### Extremely rare side effect

- A 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 the doctor or nurse if any of the following apply.

- Has had a vaccine containing live viruses within the last month (such as MMR, chickenpox or BCG)
- Is unwell on the day of immunisation (temperature over 38.5°C)
- Has any severe allergies
- Has had a severe reaction following any vaccine
- Has a disease or is having treatment which causes low immunity (for example HIV/AIDS, leukaemia, cancer, radiotherapy or chemotherapy)
- Is taking steroids of any sort other than inhaled asthma sprays or steroid creams (for example cortisone or prednisone)
- Is pregnant
- Has received immunoglobulin or a blood transfusion in the last three months or intravenous immunoglobulin in the last nine months.

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

## Further information

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

[immunehero.health.vic.gov.au](http://immunehero.health.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

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, July 2016 (1607016)

### Chickenpox (Varicella) vaccine consent form

Recommended for children in Year 7 of secondary school

Please read the information.

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

Detach the form and return it to school.

<b>Student details</b>	
Medicare number	1234 98765 7 3 (Number beside child's name)
Surname	CITIZEN
First name	MARK
Residential address	20 BLOCK STREET MELBOURNE
Postcode	3000
Date of birth	31 / 05 / 2004
Sex	<input type="checkbox"/> Female <input checked="" type="checkbox"/> Male
School	BLOCK HIGH SCHOOL
Homegroup	7A
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	
<b>Parent/guardian contact details</b>	
Surname	CITIZEN
First name	SANDRA
Email	parentorguardian@internetprovider.com
Daytime phone number	9123 4567
Mobile	0404 123 456

**Parent/guardian, please sign if you agree to your child receiving chickenpox vaccine at school.**

I have read and understand the information given to me about vaccination, including the risks of disease and side effects of the vaccine. I understand that I am giving consent for a dose of chickenpox vaccine to be administered. I have been given the opportunity to discuss the vaccine with an immunisation provider. I understand that consent can be withdrawn at any time before vaccination takes place.

☐ **YES, I CONSENT to chickenpox vaccination (please tick)**

I am authorised to give consent for the above child to be vaccinated.

Name of parent or guardian (please print):

Parent/guardian signature: \_\_\_\_\_ Date: / /

**OR if the vaccine is not to be given at school:**

☒ **No I do not consent to the chickenpox vaccination.**

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with chickenpox vaccine at this time.

Parent/guardian signature: \_\_\_\_\_ Date: / /

**Privacy statement:** The Year 7 Secondary School Vaccine Program is funded by the Australian and Victorian governments and delivered by local councils. 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 2004 and the Health Records Act 2001.

Local councils report all adolescent vaccines given through school programs to the Australian School Vaccination Register (ASVR). 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 and the ASVR. Aggregate immunisation data may be disclosed to the Victorian government for the purpose of monitoring, funding and improving the Year 7 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:

Date dose given: \_\_\_\_\_ Nurse initials: \_\_\_\_\_

# Chickenpox (Varicella) vaccine consent form

Recommended for children in Year 7 of secondary school

Please read the information.

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

Detach the form and return it to school.

## Student details

Medicare number  (Number beside child's name)

Surname: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_

Residential address: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Date of birth: / / Sex: ☐ Female ☐ Male

School: \_\_\_\_\_ Homegroup: \_\_\_\_\_

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

Surname: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Daytime phone number: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

## Parent/guardian, please sign if you agree to your child receiving chickenpox vaccine at school.

I have read and understand the information given to me about vaccination, including the risks of disease and side effects of the vaccine. I understand that I am giving consent for a dose of chickenpox vaccine to be administered. I have been given the opportunity to discuss the vaccine with an immunisation provider. I understand that consent can be withdrawn at any time before vaccination takes place.

☐ **YES, I CONSENT to chickenpox vaccination (please tick)**

I am authorised to give consent for the above child to be vaccinated.

Name of parent or guardian (please print): \_\_\_\_\_

Parent/guardian signature: \_\_\_\_\_ Date: / /

## OR if the vaccine is not to be given at school:

### No I do not consent to the chickenpox vaccination.

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with chickenpox vaccine at this time.

Parent/guardian signature: \_\_\_\_\_ Date: / /

**Privacy statement.** The Year 7 Secondary School Vaccine Program is funded by the Australian and Victorian governments and delivered by local councils. 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 School Vaccination Register (ASVR). 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 and the ASVR. Aggregate immunisation data may be disclosed to the Victorian government for the purpose of monitoring, funding and improving the Year 7 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:

Date dose given: \_\_\_\_\_ Nurse initials: \_\_\_\_\_