

# Вакцина против хуман папилома вирус (Human papillomavirus или HPV)

Препорачана вакцина за деца во 7-ма година во средно училиште

Ве молиме прочитајте ги информациите.

Пополнете го образецот **дури и ако не сакате да се прими вакцина.**

Скинете го образецот и вратете го во училиштето.

- Наскоро локалната општина ќе го посети училиштето во врска со оваа програма за вакцинирање.
- Оваа година има бесплатна вакцина за во училиштето, кај лекар или во службата за вакцинирање при локалната општина.
- Прочитајте ја листата за проверка пред вакцинирање и разговарајте за било каква загриженост за здравјето со спроведувачот на вакцинирањето пред вашето дете да прими вакцина.
- На вашето дете може да му се потребни повеќе од една инјекција за различни болести во ист ден. Тоа не ги зголемува шансите детето да пројави реакција на ваксините.
- Морате да го вратите образецот за согласност во училиштето дури и ако вашето дете нема да прима вакцина, бидејќи тоа ќе помогне за обезбедување на подобрени здравствени услуги.

## Што е хуман папилома вирус?

Хуман папилома вирус или HPV е многу чест вирус кај мажите и жените. Многу е честа појавата на заразување со еден или повеќе типови на HPV набрзо после почнување со сексуални односи. Повеќето инфекции со HPV не предизвикуваат симптоми и се чистат од телото за време пократко од една година, без лицето да знае дека било заразено. Некои типови на HPV можат да предизвикаат генитални брадавици и некои видови на рак. Во овие видови на рак спаѓаат рак на грлото на матката кај жени, ракови во пределот на гениталиите кај мажи и жени и некои видови на рак на устата и грлото.

## Каква е користа од примање на вакцина против HPV?

Вакцината против HPV GARDASIL® штити од два типа на HPV вируси коишто се причина за 70 проценти на рак на грлото на матката кај жените и за 90 проценти на ракови поврзани со HPV кај мажите. Таа исто така штити од дополнителни два типа на HPV вируси коишто се причина за 90 проценти од гениталните брадавици.

Вакцината обезбедува најдобра заштита кога се дава пред да се почне со сексуални односи. Вакцината ја спречува болеста, но не ги лечи веќе присутните инфекции со HPV.

## Како се дава вакцината?

Вакцината за HPV се состои од три инјекции коишто се ставаат во надлактицата во тек на период од шест месеци.

## Колку долго ќе трае заштитата од вакцината?

Недамнешните студии покажале добра продолжена заштита од HPV. Студиите продолжуваат да се спроведуваат за да се утврди дали во иднина ќе биде потребна засилена доза.

## Колку е безбедна вакцината против HPV?

Безбедна е и добро се поднесува. Милиони дози се дадени насекаде низ светот. Вакцината не содржи HPV вирус, но има доволно слично дејство како вирусот така што телото создава антитела кои спречуваат заразување со HPV.

## Дали девојките ќе треба да имаат контролни тестови на грлото на матката подоцна во животот?

Да. Бидејќи вакцината не ги спречува сите видови на инфекции со хуман папилома вирус (human papillomavirus – HPV) кои предизвикуваат рак на грлото на матката, контролните тестови на грлото на матката се од исклучителна важност за жените подоцна во животот. Контролни тестови на грлото на матката се препорачуваат за сите жени еднаш на две години, почнувајќи од 18 години старост, или две години откако станат сексуално активни, во зависно од тоа кој од тие два периоди ќе дојде подоцна. Редовните контролни тестови на грлото на матката дополнително го намалуваат ризикот од добивање на рак на грлото на матката.

Преведувачка  
служба Јавете  
се на 131 450



## Кои се можните несакани ефекти?

### Чести несакани ефекти

- Болка, црвенило и отекување на местото на инјекцијата
- Привремена мала грутка на местото на инјекцијата
- Блага треска
- Лицето не се чувствува добро
- Главоболка
- Може да се случи онесвестување во време од 30 минути после секое вакцинирање.

Доколку сепак се појават благи реакции, несаканите ефекти можат да се намалат со:

- пиење повеќе течности и доколку лицето има треска не треба да носи премногу облека
- ставање на ладна мокра крпа врз болното место на инјекцијата
- земање парацетамол за да се намали непријатноста од болката.

### Невообичаени несакани ефекти

- исипување или уртикарија

Се препорачува за секој кај кој ќе се појави исипување или уртикарија после вакцина да поборува со спроведувачот на вакцината пред да прими следна доза од истата вакцина.

### Ретки несакани ефекти

- Сериозна алергиска реакција, на пример, отекување на лицето, потешкотии со дишење

Во случај на сериозна алергиска реакција, ќе биде пружена итна медицинска помош. Ако реакцијата е сериозна и не заминува, или пак ако сте загрижени, стапете во контакт со вашиот лекар или со болница.

## Листа за проверка пред вакцинирање

Пред вашето дете да прими вакцина, кажете му на вашиот лекар или на медицинската сестра ако е присутно било кое од следното.

- Не се чувствува добро на денот на вакцинирање (со температура над 38.5 °C)
- Имало сериозна реакција на некоја вакцина
- Има некакви сериозни алергии како што е анафилактична алергија на квасец
- Трудна е.

После вакцинирање почекајте 15 минути на местото каде е примена вакцината.

## Натамошни информации

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

[www.hpvaccine.org.au](http://www.hpvaccine.org.au)

[www.cancerscreening.gov.au](http://www.cancerscreening.gov.au)

[www.hpvregister.org.au](http://www.hpvregister.org.au)

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

## Како да го пополните образецот

Ве молиме прочитајте ги информациите.

Пополнете го образецот **дури и ако не сакате да се прими вакцина.**

Скинете го образецот и вратете го во училиштето.

### За сите деца

Ве молиме пополнете со поединости за детето.

### Потоа

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

### Или

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

За да го добиете овој документ во пристапна форма пратете електронска порака на: [immunisation@health.vic.gov.au](mailto:immunisation@health.vic.gov.au)

Одобрено и објавено од Владата на Викторија, 1 Treasury Place, Melbourne.

© Министерство за здравство, Јули 2016 (1607016)

## Образец за согласност за вакцинирање против хуман папилома вирус или HPV

Препорачана вакцина за деца во 7-ма година на средно училиште

Ве молиме прочитајте ги информациите.

Пополнете го образецот **дури и ако не сакате да се прими вакцина.**

Скинете го образецот и вратете го во училиштето.

### Податоци за ученикот

Број на Medicare: **1234 56789 3 4** (бројот покрај името на детето)  
Презиме: **ГРАГАНИН** Име: **MARK**  
Адреса на живеење: **20 BLOCK STREET MELBOURNE**  
Постелен код: **3000** Датум на раѓање: **18/10/2000** Пол: ☒ Женски ☐ Мажи  
Училиште: **СРЕДНО УЧИЛИШТЕ BLOCK (BLOCK HIGH SCHOOL)** Класа: **7A**  
Дали ова лице е со абортиско потекло или потекнува од островите во теснецот Torres (Torres Strait Islander)? (ве молиме означете)  
☒ Не ☐ Абортиски ☐ од островите во теснецот Torres ☐ Абортиски и од островите во теснецот Torres

### Податоци за контакт на родителот или старателот

Презиме: **ГРАГАНИН** Име: **SUSAN**  
Email адреса: **parentorguardian@internetprovider.com**  
Телефонски број за повик преку ден: **9123 4567** Мобилен: **0404 123 456**

### Родител/Старател, ве молиме потпишете се доколку се согласувате вашето дете да прими вакцина против хуман папилома вирус (HPV) во училиштето.

Ги прочитав и разбрав информациите што ми беа дадени за вакцинирањето, вклучувајќи ги и ризиците и несаканите ефекти од вакцината. Разбирам дека давам согласност за три дози од вакцината против HPV којашто треба да се даде во тек на четири до шест месеци. Ми беше дадена прилика да разговарам за вакцинирањето со спроведувачот на вакцинирањето. Разбирам дека согласност може да се повлече во било кое време пред да се спроведе вакцинирањето. Разбирам дека спроведувачот на вакцинирањето ќе ги забележи податоците за вакцинирањето и дека податоците за вакцинирање на моето дете ќе бидат препратени до Регистарот за Националната програма за вакцинирање против HPV (National HPV Vaccination Program Register).

☐ **ДА, СЕ СОГЛАСУВАМ** детето да се вакцинира против хуман папилома вирус (HPV) во училиштето. (ве молиме означете)

Ја сум објавил/а да дадам согласност за горенаведеното дете да биде вакцинирано.

Име на родителот/старателот (ве молиме напишете со печатни букви):

Потпис на родителот/старателот: Датум: / /

Не, не се согласувам да се спроведат вакцинирањата.

Отколку ги прочитав приложените информации, не сакам моето дете да биде вакцинирано со вакцина против HPV.

Потпис на родителот/старателот: Датум: / /

**Идентификација за приватност:** Програмата за вакцинација во 7-ма година на средно училиште ја финансираат австралиската и вискотската влада, а ја спроведуваат општините. Според Законот за јавно здравје и добросостојба од 2008 година (Public Health and Wellbeing Act 2008), општините се одговорни за координација и спроведување на вакцинацијата на децата кои се вклучени во поддршката на општините. Општините се должи да ги заштитуваат приватноста, доверливоста и безбедноста на личните податоци, ве согласност со Законот за приватност и заштитата на податоците од 2014 година (Privacy and Data Protection Act 2014) и Законот за здравствени документи од 2007 година (Health Records Act 2007).

Податоците за сите вакцинации на адресирани направи преку училишните програми на општините се доставуваат на Австралискиот регистар на училишните вакцинации (Australian School Vaccination Register - ASVR). Податоците врз основа на кои може да се открие идентитетот не се чуваат во датумите. Тоа не објавуваат апликации како што се системи за следење и поседување, заради општењето на општините со вакцинацијата. Тоа е важно за да се избегне повторното внесување на вакцинацијата. Податоците ќе имаат пристап до некои податоци за сите вакцини внесени во Австралискиот регистар на вакцинација и во ASVR. Збогнат податоци за вакцинацијата може да бидат отворени на Викторијата влада заради надгледување, финансирање и подобрување на Програмата за вакцинација во 7-ма година на средно училиште. Тие податоци не го отворат идентитетот на нивните податоци.

Информациите за вас и за вашето дете ќе се користат и спроведат за цели кои директно се однесуваат на вакцинацијата на вашето дете и на начини што развојот ги очекувате. Тоа може да вклучува пренесување или рамена на релевантни информации со вашиот лекар од општа пракса (GPs), со педијатр од општа пракса на вашето дете, со друга здравствена служба која дава третман или со болница или друга општествена. Општините може да ги даваат информации во врска со училишните програми за вакцинација преку електронски пораки (SMS) или електронска пошта (email). Вие можете да имате пристап на податоците за вашето дете ако се јавите на општината на чие подрачје е училиштето на вашето дете.

Само за службени потреби: Датум за 2-ра доза: Иницијали на медицинската сестра:  
Датум за 1-ва доза: Иницијали на медицинската сестра: Датум за 3-та доза: Иницијали на медицинската сестра:

# Образец за согласност за вакцинирање против хуман папилома вирус или HPV

Препорачана вакцина за деца во 7-ма година во средно училиште

Ве молиме прочитајте ги информациите.

Пополнете го образецот **дури и ако не сакате да се прими вакцина.**

Скинете го образецот и вратете го во училиштето.

## Поединости за ученикот

Број на Medicare:          (бројот покрај името на детето)

Презиме:

Име:

Адреса на живеење:

Поштенски код:

Датум на раѓање: / /

Пол: ☐ Женски ☐ Машки

Училиште:

Клас:

Дали ова лице е со аборицинско потекло или потекнува од островите во теснецот Torres (Torres Strait Islander)? (ве молиме означете)

☐ Не ☐ Аборицин ☐ од островите во теснецот Torres ☐ Аборицин и од островите во теснецот Torres

## Поединости за контакт на родителот или старателот

Презиме:

Име:

Email адреса:

Телефонски број за повици преку ден:

Мобилен:

## Родителу/Старателу, ве молиме потпишете се доколку се согласувате вашето дете да прими вакцини против хуман папилома вирус (HPV) во училиште.

Ги прочитав и разбрав информациите што ми беа дадени за вакцинирањето, вклучувајќи ги и ризиците и несаканите ефекти од вакцината. Разбирам дека давам согласност за три дози од вакцината против HPV којашто треба да се даде во тек на четири до шест месеци. Ми беше дадена прилика да разговарам за вакцинирањето со спроведувачот на вакцинирањето. Разбирам дека согласноста може да се повлече во било кое време пред да се спроведе вакцинирањето. Разбирам дека спроведувачот на вакцинирањето ќе ги забележи поединостите за вакцинирањето и дека поединостите за вакцинирање на моето дете ќе бидат препратени до Регистарот за Националната програма за вакцинирање против HPV (National HPV Vaccination Program Register).

☐ **ДА, СЕ СОГЛАСУВАМ детето да се вакцинира против хуман папилома вирус (HPV)** (ве молиме означете)

Ја сум овластен/а да дадам согласност за горенаведеното дете да биде вакцинирано.

Име на родителот/старателот (ве молиме напишете со печатни букви):

Потпис на родителот/старателот:

Датум / /

## Не. Не се согласувам да се спроведат вакцинирања.

Откако ги прочитав приложените информации, не сакам моето дете да биде вакцинирано со вакцина против HPV.

Потпис на родителот/старателот:

Датум / /

**Изјава за приватност.** Програмата за вакцинација во 7-ма година на средно училиште ја финансираат австралиската и викториската влада, а ја спроведуваат општините. Според Законот за јавно здравје и добросостојба од 2008 година (Public Health and Wellbeing Act 2008), општините се одговорни за координација и спроведување на вакцинацијата на децата кои се школуваат на подрачјето на општината. Општините се должни да ги заштитуваат приватноста, доверливоста и безбедноста на личните податоци, во согласност со 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).

Податоците за сите вакцинации на адолесценти направени преку училишните програми на општините се доставуваат на Австралискиот регистер на училишни вакцинации (Australian School Vaccination Register – ASVR). Податоците врз основа на кои може да се открие идентитетот ќе се чуваат во доверба. Тоа ќе обезбеди алатки како што се системи за откажување и потсетување, заради зголемување на опфатеноста на адолесцентите со вакцинација. Тоа е важно заради зголемување на севкупната стапка на вакцинација. Поединци ќе имаат пристап до нивните податоци за сите вакцини внесени во Австралискиот регистер на вакцинација и во ASVR. Збирни податоци за вакцинацијата може да бидат откриени на Викториската влада заради надгледување, финансирање и подобрување на Програмата за вакцинација во 7-ма година на средно училиште. Тие податоци не го откриваат идентитетот на ниеден поединец.

Информациите за вас и за вашето дете ќе се користат и откриваат за цели кои директно се однесуваат на вакцинацијата на вашето дете и на начини што разумно би ги очекувале. Тоа може да вклучува пренесување или размена на релевантни информации со вашиот лекар од општа пракса (GP), со лекарот од општа пракса на вашето дете, со друга здравствена служба која дава третман или со болница или друга општина. Општината може да ви даде информации во врска со училишната програма на вакцинација преку куси текстурални пораки (SMS) или електронска пошта (email). Вие може да имате пристап на податоците за вашето дете ако се јавите на општината на чие подрачје е училиштето на вашето дете.

Само за службени потреби:

Датум за 1-ва доза:

Иницијали на медицинската сестра:

Датум за 2-ра доза:

Иницијали на медицинската сестра:

Датум за 3-та доза:

Иницијали на медицинската сестра:

# Human papillomavirus (HPV) 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.

- 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.

## What is human papillomavirus?

HPV is a very common virus in men and women. It is very common to be infected with one or more types of HPV shortly after sexual activity starts. Most HPV infections cause no symptoms and are cleared from the body in less than a year without the person knowing they were infected. Some types of HPV can cause genital warts and some cancers. These cancers include cervical cancer in women, cancers of the genital area in men and women, and some cancers of the mouth and throat.

## What are the benefits of receiving the HPV vaccine?

The HPV vaccine GARDASIL® protects against two HPV types which cause 70 per cent of cervical cancer in women and 90 per cent of HPV-related cancers in men. It also protects against an additional two HPV types which cause 90 per cent of genital warts.

The vaccine provides best protection when it is given to someone before they become sexually active. The vaccine prevents disease but does not treat existing HPV infections.

## How is the vaccine given?

The HPV vaccine consists of three injections given into the upper arm over a six month period.

## How long will vaccine protection last?

Recent studies have shown good continuing protection against HPV. Studies are ongoing to determine if a booster dose will be necessary in the future.

## How safe is the HPV vaccine?

It is safe and well tolerated. Worldwide millions of doses have been given. The vaccine does not contain HPV but appears similar enough to the virus so that the body produces antibodies, which prevent HPV infection.

## Will girls need cervical screening tests later in life?

Yes, because the vaccine doesn't prevent all types of HPV infection that cause cervical cancer, cervical screening tests are still essential for women later in life. Cervical screening tests are recommended for all women every two years, starting at age 18 or two years after first becoming sexually active, whichever is later. Having regular cervical screening tests further reduces the risk of developing cervical cancer.

Translating and  
interpreting service  
Call 131 450



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

## What are the possible side effects?

### Common side effects

- Pain, redness and swelling at the injection site
- A temporary small lump at the injection site
- Low grade fever
- Feeling unwell
- Headache
- Fainting may occur up to 30 minutes after any vaccination.

If mild reactions do occur, 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

- Rash or hives

It is recommended that anyone who has a rash or hives after a vaccine should talk with their immunisation provider before having further doses of that same vaccine.

### Rare side effect

- A severe allergic reaction, for example facial swelling, difficulty breathing

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 had a severe reaction to any vaccine
- Has any severe allergies such as an anaphylactic reaction to yeast
- Is pregnant.

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)

[www.hpvvaccine.org.au](http://www.hpvvaccine.org.au)

[www.cancerscreening.gov.au](http://www.cancerscreening.gov.au)

[www.hpvregister.org.au](http://www.hpvregister.org.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)

### Human papillomavirus (HPV) 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: 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: ☐ Female ☒ Male  
School: BLOCK HIGH SCHOOL Homegroup: 7A

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: CITIZEN First name: SANDRA  
Email: parentorguardian@internetprovider.com  
Daytime phone number: 9123 4567 Mobile: 0404 123 456

#### Parent/guardian sign if you agree to your child receiving Human papillomavirus (HPV) vaccination 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 three doses of HPV vaccine to be administered over four to six months. 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. I understand that the immunisation provider will record vaccination details and that my child's vaccination details will be forwarded to the National HPV Vaccination Program Register.

☐ YES, I CONSENT to Human papillomavirus (HPV) vaccination (please tick)

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

Parent/guardian name (please print):

Parent/guardian signature: Date: / /

#### No I do not consent to the HPV vaccinations.

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with the HPV vaccines.

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:

# Human papillomavirus (HPV) 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 sign if you agree to your child receiving Human papillomavirus (HPV) vaccination 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 three doses of HPV vaccine to be administered over four to six months. 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. I understand that the immunisation provider will record vaccination details and that my child's vaccination details will be forwarded to the National HPV Vaccination Program Register.

☐ **YES, I CONSENT to Human papillomavirus (HPV) vaccination** (please tick)

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

Parent/guardian name (please print): \_\_\_\_\_

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

## No I do not consent to the HPV vaccinations.

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with the HPV vaccines.

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: \_\_\_\_\_