

# برنامج التطعيم للمدارس الثانوية ضد المكورات السحائية ACWY

أكملوه وأعيدوه إلى المدرسة

1. قوموا بقراءة المعلومات عن المكورات السحائية ACWY.
  2. أكملوا قسم الموافقة وقوموا بالتوقيع إذا قررتم الموافقة (نعم).
  3. قوموا بإزالة نموذج الموافقة وإعادته إلى المدرسة حتى إذا لم ترغبوا في أن يتم تطعيم إبتكم/إبتكم.
- اتصلوا بالمجلس المحلي للحصول على مزيد من المعلومات.

## معلومات عن المكورات السحائية ACWY

### اللقاح الذي يحتوي على المكورات السحائية ACWY

اللقاح الذي يحتوي على المكورات السحائية ACWY هو لقاح واحد في أربعة مجتمعين للحماية ضد المكورات السحائية من السلالات A، C، W، Y. وقد أظهرت الدراسات أن فعالية لقاح المكورات السحائية A، C، W، Y هو بين 80 إلى 85 في المائة لدى المراهقين. وقد تم تنفيذ برامج التطعيم ضد المكورات السحائية A، C، W، Y لدى المراهقين في المملكة المتحدة منذ عام 2015، وموصى به في الولايات المتحدة منذ عام 2005.

لا يحتوي اللقاح على أي بكتيريا حية ولا يمكن أن يسبب مرض المكورات السحائية. سوف يعزز لقاح سلالة ACWY المراهقين بسلالة C التي أخذوها وهم أطفال ويحمي ضد سلالات A و Y.

### الآثار الجانبية المحتملة للقاح المكورات السحائية ACWY

معظم الآثار الجانبية هي طفيفة وتختفي بسرعة. إذا حدثت ردود الفعل التالية، فسوف تكون بعد التطعيم مباشرة.

#### الآثار الجانبية الشائعة

- درجة حرارة معتدلة
- صداع
- دوخة
- ألم واحمرار وتورم في موقع الحقن
- قد يحدث إغماء حتى بعد 30 دقيقة من أي تطعيم.

### المكورات السحائية ACWY

يتسبب مرض المكورات السحائية من البكتيريا. وعلى الرغم من أن مرض المكورات السحائية هو غير شائع، فإنه يمكن أن يصبح خطيراً جداً، وبسرعة كبيرة. يحمل حوالي 10 في المائة من الناس بكتيريا المكورات السحائية في حلقهم دون أن يصبحوا مرضى. ويُعرف هؤلاء الناس باسم "الناقلين". تنتقل بكتيريا المكورات السحائية من شخص لآخر من قبل الأسرة العادية والقريبة ولقترات طويلة والاتصال الحميم. المراهقون هم في خطر متزايد من الإصابة بمرض المكورات السحائية وأكثر عرضة لنشر المرض للآخرين.

يحدث مرض المكورات السحائية الغازية عندما تدخل هذه البكتيريا في مجرى الدم لتسبب تسمم الدم (التهاب في الدم، والمعروف أيضاً باسم "التجرثم") أو التهاب السحايا، (التهاب الغشاء الذي يغطي الدماغ). ويمكن أن تحدث الوفاة في نسبة تصل إلى 10 في المائة من الحالات. أحياناً، يمكن أن يحدث التهاب شديد أيضاً في المفاصل أو الحلق أو الرئتين أو الأمعاء.

هناك سلالات (مجموعات مصلية) مختلفة من بكتيريا المكورات السحائية المعروفة بحروف الأبجدية، بما في ذلك المكورات السحائية A و B و C و W و Y. وفي السنوات الأخيرة، ازدادت بعض من سلالات المكورات السحائية هذه في جميع أنحاء أستراليا.

خدمة الترجمة الكتابية والشفهية



اتصلوا بالرقم 131 450

## معلومات إضافية

إذا كنتم بحاجة إلى المزيد من المشورة أو المعلومات، يرجى الاتصال بخدمات التطعيم في مجلس البلدي المحلي أو الطبيب المحلي.  
أو زيارة [www.betterhealth.vic.gov.au](http://www.betterhealth.vic.gov.au)

إذا حدثت ردود فعل خفيفة، يمكن تقليل الآثار الجانبية من خلال:

- شرب السوائل الإضافية وعدم الإفراط في الملابس إذا كان الشخص مصابا بالحمى
- تناول الباراسيتامول ووضع قطعة قماش مبللة باردة على موقع الحقن.

### الآثار الجانبية النادرة للغاية

- حساسية شديدة.
- في حالة حدوث حساسية شديدة، سيتم توفير العناية الطبية الفورية.
- إذا كانت ردود الفعل شديدة أو مستمرة، أو إذا كنتم قلقين، اتصلوا بطبيبكم أو المستشفى.

### قائمة التحقق قبل التطعيم

قبل تطعيم إبنكم/إبننتكم، أخبروا طبيبكم أو ممرضتكم إذا كان أي مما يلي ينطبق.

- مريض/مريضة في يوم التطعيم (درجة الحرارة أكثر من 38.5 درجة مئوية)
- لديه/لديها أي حساسية شديدة
- أصيب/أصيبت برد فعل شديد لأي لقاح حامل.
- بعد التطعيم إنتظروا في مكان التطعيم ما لا يقل عن 15 دقيقة.

## كيفية إكمال النموذج

يرجى قراءة المعلومات.  
أكموا النموذج حتى لو لن يتم إعطاء اللقاح.  
أفصلوا النموذج وقوموا بإعادته إلى المدرسة.

### لجميع الأطفال/الطلاب

يرجى إكمال تفاصيل الطفل.

ثم

أكموا هذا القسم إذا كنتم ترغبون في أن يتم تطعيم إبنكم/إبننتكم.

أو

أكموا هذا القسم إذا كنتم لائترغبون في أن يتم تطعيم إبنكم/إبننتكم.

### نموذج الموافقة على لقاح المكورات السحائية ACWY

1. قوما قراءة المعلومات عن المكورات السحائية ACWY.
2. أكموا قسم الموافقة وقوموا بالتوقيع إذا قررت الموافقة (مع).
3. قوما بزيارة نموذج الموافقة وأعدته إلى المدرسة حتى إذا لم ترعوا في أن يتم تطعيم إبنكم/إبننتكم.

تفاصيل الطالب	
رقم اليدينكر	9 7 4 6 7 8 9 4 1 9 2 1
رقم العائلة	CITIZEN
اسم الطفل	ELIZA (الاسم الأول)
العنوان البريدي:	20 BLOCK STREET MELBOURNE
الرقم البريدي:	3000
تاريخ الميلاد:	18 / 10 / 2000
الجنس	<input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
المدرسة:	BLOCK HIGH SCHOOL
صف:	11A
هل هذا الشخص من أصل أوروبي أو من سكان جزر متسحق نورسي* (يرجى وضع علامة صح)	
<input type="checkbox"/> أوروبي	<input checked="" type="checkbox"/> سكان جزر متسحق نورسي
تفاصيل الأب/الأم/الوصي	
اسم الأب/الأم/الوصي أو الطالب البالغ من العمر 18 عاماً أو أكثر:	MICHAEL BLOCK
رقم الهاتف خلال النهار:	0408 123 456
البريد الإلكتروني:	parentorguardian@internetprovider.com
الموافقة على اللقاح	
نصيرح: أنا مسؤول بإعداد الموافقة أو عدم الموافقة على تطعيم طفلي. لقد قرأت وفهمت المعلومات التي أعطيت لي عن التطعيم، بما في ذلك مخاطر عدم التطعيم والآثار الجانبية للقاح. إنني أوافقك على حصول طفلي على اللقاح وفقاً للمعلومات المقدمة من طبيب/المرشد الطبي، وأنا أعلم أن الموافقة يمكن أن يتم سحبها في أي وقت قبل إجراء اللقاح.	
<input type="checkbox"/> قوما بكتابة النموذج دون سن 18 (يمكن للطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 18 عاماً وما فوق أن يعطوا موافقتهم الخاصة) <input type="checkbox"/> نعم، أوافق على تلقي طفلي لقاح المكورات السحائية ACWY في المدرسة. لقاح المكورات السحائية هو واحد في أربعة مخصص للحملة ضد المكورات السحائية من المالات A، C، W، Y (مقحة واحد).	توقيع الأب/الأم/الوصي: / / التاريخ: / /
<input type="checkbox"/> لا، أوافق على تلقي طفلي لقاح المكورات السحائية ACWY في هذا الوقت. <input type="checkbox"/> لا، لقد تلقي طفلي لقاح المكورات السحائية ACWY في مكان آخر.	
يرجى الإشارة إلى أي حالة طبية موجودة مسبقاً أو حساسية شديدة أو رد فعل حاد سابق للتطعيم.	

بمجرد الموافقة على تقديم اللقاح، ستحصلون على نسخة من نموذج الموافقة من قبل المدرسة. يمكن إرسال نسخة من نموذج الموافقة إلى: [immunisation@dhhs.vic.gov.au](mailto:immunisation@dhhs.vic.gov.au).  
 \*المعلومات الواردة في هذا النموذج هي لأغراض إعلامية فقط ولا تعتبر بديلاً عن استشارة الطبيب أو مرشد المدرسة.  
 \*المعلومات الواردة في هذا النموذج هي لأغراض إعلامية فقط ولا تعتبر بديلاً عن استشارة الطبيب أو مرشد المدرسة.  
 \*المعلومات الواردة في هذا النموذج هي لأغراض إعلامية فقط ولا تعتبر بديلاً عن استشارة الطبيب أو مرشد المدرسة.  
 \*المعلومات الواردة في هذا النموذج هي لأغراض إعلامية فقط ولا تعتبر بديلاً عن استشارة الطبيب أو مرشد المدرسة.  
 \*المعلومات الواردة في هذا النموذج هي لأغراض إعلامية فقط ولا تعتبر بديلاً عن استشارة الطبيب أو مرشد المدرسة.

للحصول على هذه الوثيقة في شكل يسهل الإطلاع عليه أرسلوا رسالة بالبريد الإلكتروني إلى: [immunisation@dhhs.vic.gov.au](mailto:immunisation@dhhs.vic.gov.au)

معتمدة ومنشورة من قبل حكومة فيكتوريا، Treasury Place، 1 مليون

© ولاية فيكتوريا، كانون الثاني/يناير 2019 (1702019)

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

# نموذج الموافقة على لقاح المكورات السحائية ACWY

1. قوموا بقراءة المعلومات عن المكورات السحائية ACWY.
2. أكملوا قسم الموافقة وقوموا بالتوقيع إذا قررت الموافقة (نعم).
3. قوموا بإزالة نموذج الموافقة وإعادته إلى المدرسة حتى إذا لم ترغبوا في أن يتم تطعيم ابنكم/ابنتكم.

## تفاصيل الطالب

رقم الميديكير	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(الرقم بجانب اسم الطفل)
إسم العائلة:	الإسم الأول:									
العنوان البريدي:										
الرمز البريدي:	تاريخ الميلاد: / /									
المدرسة:	الصف: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى									
هل هذا الشخص من أصل أبوروجيني أو من سكان جزر مضيق تورس؟ (يرجى وضع علامة صح)										
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أبوروجيني <input type="checkbox"/> سكان جزر مضيق توريس <input type="checkbox"/> أبوروجيني وسكان جزر مضيق توريس										

## تفاصيل الأب/الأم/الوصي

اسم الأب/الأم/الوصي أو الطالب البالغ من العمر 18 عاماً أو أكثر:										
رقم الهاتف خلال النهار:	الموبايل:									
البريد الإلكتروني:										

## الموافقة على اللقاح

تصريح: أنا مخول بإعطاء الموافقة أو عدم الموافقة على تطعيم طفلي. لقد قرأت وفهمت المعلومات التي إعطيت لي عن التطعيم، بما في ذلك مخاطر عدم التطعيم والآثار الجانبية للقاح. أدرك أن بإمكانني مناقشة مخاطر وفوائد التطعيم مع مجلس البلدية المحلي أو الطبيب. وأنا أفهم أن الموافقة يمكن أن يتم سحبها في أي وقت قبل إجراء التطعيم.

قوموا بإكمالها للأطفال دون سن 18 (يمكن للطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 18 عاماً وما فوق أن يعطوا موافقتهم الخاصة)

نعم، أوافق على تلقي طفلي للقاح المكورات السحائية ACWY في المدرسة.

لقاح المكورات السحائية هو لقاح واحد في أربعة مجتمعين للحماية ضد المكورات السحائية من السلالات A، C، W، Y (حقنة واحدة).

توقيع الأب/الأم/الوصي: التاريخ: / /

لا، لا أوافق على تلقي طفلي للقاح المكورات السحائية ACWY في هذا الوقت.

لا، لقد تلقي طفلي لقاح المكورات السحائية ACWY في مكان آخر.

يرجى الإشارة إلى أي حالة طبية موجودة مسبقاً أو حساسية شديدة أو رد فعل حاد سابق للتطعيم.

**بيان الخصوصية.** إن برنامج اللقاح ضد المكورات السحائية ACWY هو برنامج تطعيم ممول من قبل حكومة الكومنولث ويتم تقديم التطعيم من قبل ممرض/ممرضة، توظيفهم خدمات التطعيم بالمجلس البلدي المحلي، والذين يزورون كل مدرسة ثانوية في فيكتوريا عدة مرات في السنة. وبموجب قانون الصحة العامة والرفاهية لعام 2008 (Public Health and Wellbeing Act 2008)، تتولى المجالس البلدية المحلية مسؤولية تنسيق وتوفير خدمات التطعيم للأطفال الذين يتعلمون داخل منطقة البلدية. وتتزم المجالس البلدية المحلية بحماية خصوصية وسرية وأمن المعلومات الشخصية، وفقاً لقانون حماية الخصوصية والبيانات لعام 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) وقانون السجلات الصحية لعام 2001 (Health Records Act 2001). تقدم المجالس المحلية تقريراً عن لقاحات المراهقين المغطاة من خلال البرامج المدرسية إلى سجل التطعيم الأسترالي (Australian Immunisation Register (AIR)). سيتم الاحتفاظ بتفاصيل تحديد الشخصية بسرية. وهذا سوف يوفر أدوات مثل أنظمة الاستدعاء والتذكير لتحسين معدلات التطعيم في سن المراهقة. كما أن هذا أمر مهم لتحسين معدلات التطعيم بشكل عام. يمكن للأفراد الوصول إلى سجلهم لجميع اللقاحات المسجلة في سجل التطعيم الأسترالي. قد يتم الكشف عن بيانات التطعيم الإجمالية لحكومة فيكتوريا لغرض المراقبة والتمويل وتحسين برنامج التطعيم للمدارس الثانوية ضد المكورات السحائية ACWY. لا تحدد هذه المعلومات هوية أي فرد.

المعلومات المتعلقة بكم أو بطفلكم سيتم استخدامها أو الإفصاح عنها لأغراض تتعلق مباشرة بتطعيم طفلكم، وبطرق قد تتوقعوها إلى حد معقول. وقد يشمل ذلك نقل أو تبادل المعلومات ذات الصلة إلى طبيبك العام، أو طبيب طفلكم، أو خدمات صحية علاجية أخرى أو مستشفى أو مجلس بلدية محلي آخر. وقد يزودكم مجلس البلدية المحلي بالمعلومات المتعلقة ببرنامج التطعيم المدرسي عبر الرسائل القصيرة أو البريد الإلكتروني. ويمكنكم الوصول إلى بيانات طفلكم عن طريق الاتصال بمجلس البلدية المحلي حيث يحضر طفلكم المدرسة.

:Office use only

Site: L/R arm

:Nurse initials

:Vaccination date

# نموذج الموافقة على لقاح المكورات السحائية ACWY

1. قوموا بقراءة المعلومات عن المكورات السحائية ACWY.
2. أكملوا قسم الموافقة وقوموا بالتوقيع إذا قررتم الموافقة (نعم).
3. قوموا بإزالة نموذج الموافقة وإعادته إلى المدرسة حتى إذا لم ترغبوا في أن يتم تطعيم ابنكم/ابنتكم.

## تفاصيل الطالب

رقم الميديكير             
(الرقم بجانب اسم الطفل)

إسم العائلة: CITIZEN الإسم الأول: ELIZA

العنوان البريدي: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

الرمز البريدي: 3000 تاريخ الميلاد: 18 / 10 / 2000 /  أنثى  ذكر

المدرسة: BLOCK HIGH SCHOOL الصف: 11A

هل هذا الشخص من أصل أوروبي أو من سكان جزر مضيق تورس؟ (يرجى وضع علامة صح)  
 لا  أوروبي  سكان جزر مضيق تورس  أوروبي وسكان جزر مضيق تورس

## تفاصيل الأب/الأم/الوصي

اسم الأب/الأم/الوصي أو الطالب البالغ من العمر 18 عاماً أو أكثر: MICHAEL BLOCK

رقم الهاتف خلال النهار: 9123 4567 الموبايل: 0408 123 456

البريد الإلكتروني: parentorguardian@internetprovider.com

## الموافقة على اللقاح

تصريح: أنا مخول بإعطاء الموافقة أو عدم الموافقة على تطعيم طفلي. لقد قرأت وفهمت المعلومات التي إعطيت لي عن التطعيم، بما في ذلك مخاطر عدم التطعيم والآثار الجانبية للقاح. أدرك أن بإمكانني مناقشة مخاطر وفوائد التطعيم مع مجلس البلدية المحلي أو الطبيب. وأنا أفهم أن الموافقة يمكن أن يتم سحبها في أي وقت قبل إجراء التطعيم.

قوموا بإكمالها للأطفال دون سن 18 (يمكن للطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 18 عاماً وما فوق أن يعطوا موافقتهم الخاصة)

نعم، أوافق على تلقي طفلي للقاح المكورات السحائية ACWY في المدرسة.

لقاح المكورات السحائية هو لقاح واحد في أربعة مجتمعين للحماية ضد المكورات السحائية من السلالات A، C، W، Y (حقنة واحدة).

توقيع الأب/الأم/الوصي: التاريخ: / /

أو  
 لا، لا أوافق على تلقي طفلي للقاح المكورات السحائية ACWY في هذا الوقت.

أو  
 لا، لقد تلقي طفلي لقاح المكورات السحائية ACWY في مكان آخر.

يرجى الإشارة إلى أي حالة طبية موجودة مسبقاً أو حساسية شديدة أو رد فعل حاد سابق للتطعيم.

**بيان الخصوصية.** إن برنامج اللقاح ضد المكورات السحائية ACWY هو برنامج تطعيم ممول من قبل حكومة الكومنولث ويتم تقديم التطعيم من قبل ممرض/ممرضة، توظفهم خدمات التطعيم بالمجلس البلدي المحلي، والذين يزورون كل مدرسة ثانوية في فيكتوريا عدة مرات في السنة. وبموجب قانون الصحة العامة والرفاهية لعام 2008 (Public Health and Wellbeing Act 2008)، تتولى المجالس البلدية المحلية مسؤولية تنسيق وتوفير خدمات التطعيم للأطفال الذين يتعلمون داخل منطقة البلدية. وتلتزم المجالس البلدية المحلية بحماية خصوصية وسرية وأمن المعلومات الشخصية، وفقاً لقانون حماية الخصوصية والبيانات لعام 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) وقانون السجلات الصحية لعام 2001 (Health Records Act 2001). تقدم المجالس المحلية تقريراً عن لقاحات المراهقين المغطاة من خلال البرامج المدرسية إلى سجل التطعيم الأسترالي (Australian Immunisation Register (AIR)). سيتم الاحتفاظ بتفاصيل تحديد الشخصية بسرية. وهذا سوف يوفر أدوات مثل أنظمة الاستدعاء والتذكير لتحسين معدلات التطعيم في سن المراهقة. كما أن هذا أمر مهم لتحسين معدلات التطعيم بشكل عام. يمكن للأفراد الوصول إلى سجلهم لجميع اللقاحات المسجلة في سجل التطعيم الأسترالي. قد يتم الكشف عن بيانات التطعيم الإجمالية لحكومة فيكتوريا لغرض المراقبة والتمويل وتحسين برنامج التطعيم للمدارس الثانوية ضد المكورات السحائية ACWY. لا تحدد هذه المعلومات هوية أي فرد.

المعلومات المتعلقة بكم أو بطفلكم سيتم استخدامها أو الإفصاح عنها لأغراض تتعلق مباشرة بتطعيم طفلكم، وبطرق قد تتوقعوها إلى حد معقول. وقد يشمل ذلك نقل أو تبادل المعلومات ذات الصلة إلى طبيبك العام، أو طبيب طفلكم، أو خدمات صحية علاجية أخرى أو مستشفى أو مجلس بلدية محلي آخر. وقد يزودكم مجلس البلدية المحلي بالمعلومات المتعلقة ببرنامج التطعيم المدرسي عبر الرسائل القصيرة أو البريد الإلكتروني. ويمكنكم الوصول إلى بيانات طفلكم عن طريق الاتصال بمجلس البلدية المحلي حيث يحضر طفلكم المدرسة.

:Office use only

Site: L/R arm

:Nurse initials

:Vaccination date

# 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