

# កម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W (Meningococcal W) នៅតាមសាលាមធ្យមសិក្សា

- ១. សូមអានព័ត៌មានអំពីជំងឺមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W។
- ២. បំពេញផ្នែកយល់ព្រម ហើយចុះហត្ថលេខា ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ/ចាស។
- ៣. ហែកចេញប្រយោជន៍ព្រម ហើយបញ្ជូនវាទៅសាលារៀនវិញ ទោះបីជាអ្នកមិនចង់ឱ្យកូនរបស់អ្នកចាក់ថ្នាំក៏ដោយ។  
សូមទាក់ទងមកសាលាក្រុងរបស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

## ព័ត៌មានអំពីជំងឺមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W

### ជំងឺមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W

ជំងឺមីនីញដោខូខល បង្កឡើងដោយបាក់តេរី។ បើទោះបីជាជំងឺមីនីញដោខូខល មិនសូវកើតមានយ៉ាងណាក្តី វាអាចក្លាយទៅជាធ្ងន់ធ្ងរយ៉ាងឆាប់រហ័ស។ ប្រហែល១០ភាគរយនៃមនុស្សម្នាក់បាក់តេរីមីនីញដោខូខល ក្នុងបំពង់ករបស់គេដោយពុំបានក្លាយទៅជាមិនស្រួលខ្លួនផង។ មនុស្សទាំងនេះត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា 'អ្នកផ្ទុកជំងឺ'។ បាក់តេរីមីនីញដោខូខល ត្រូវបានចម្លងពីមនុស្សម្នាក់ ទៅមនុស្សម្នាក់ ដោយការប៉ះពាល់ជាមួយមនុស្សដទៃទៀតក្នុងគ្រួសារ យ៉ាងទៀងទាត់ ជិតស្និទ្ធ យូរពេល ហើយយ៉ាងស្និតស្នាល។ មនុស្សវ័យជំទង់ គឺមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមីនីញដោខូខល ហើយមានទំនងច្រើនក្នុងការចម្លងជំងឺទៅមនុស្សដទៃទៀត។

ការរាតត្បាតនៃជំងឺមីនីញដោខូខល កើតមានឡើងនៅពេលដែលបាក់តេរីទាំងនេះចូលទៅក្នុងផ្លូវសរសៃឈាម បណ្តាលឱ្យកើតរោគពុលឈាម (មេរោគក្នុងឈាម ដែលគេស្គាល់ផងដែរថាជា 'បាក់តេរីក្នុងឈាម') ឬជំងឺរលាកស្រាមខ្នុរ (ការរលាកនៃភ្នែកគ្របដណ្តប់ខ្នុរក្បាល)។ ការស្លាប់អាចកើតមានរហូតដល់ទៅ១០ភាគរយនៃករណី។ ជួនកាល មេរោគធ្ងន់ធ្ងរអាចកើតមាននៅក្នុងសន្លាក់ បំពង់ក សួត ឬពោះវៀន។

មានប្រភេទខុសៗគ្នា (ក្រុមស្បែក) នៃបាក់តេរីជំងឺមីនីញដោខូខល ដែលគេស្គាល់ ដោយអក្សរនៃអក្ខរក្រម រួមមានជំងឺមីនីញដោខូខល ប្រភេទ A, B, C, W និង Y ។ ក្នុងប៉ុន្មានឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ជំងឺមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W បានកើនឡើងពេញទូទាំងប្រទេសអូស្ត្រាលី ហើយរដ្ឋវិចិត្រវិយ៉ាបានជួបប្រទះ៤៨ករណីនៅឆ្នាំ ២០១៦ បើធៀបទៅនឹង១៧ករណីនៅឆ្នាំ២០១៥ បួនករណី នៅឆ្នាំ២០១៤ និង១ករណីក្នុងឆ្នាំ២០១៣។ ឥឡូវនេះ វាជាប្រភេទច្រើនលើសលប់ក្នុងរដ្ឋវិចិត្រវិយ៉ា។

## ថ្នាំចាក់បង្ការរោគមីនីញដោខូខល មានប្រភេទ-W

ថ្នាំចាក់បង្ការរោគមានប្រភេទ-W គឺជាថ្នាំចាក់ប្តូរមុខមាត់តែមួយ សម្រាប់ការការពារប្រឆាំងនឹងជំងឺមីនីញដោខូខល ប្រភេទ A, C, W, Y។ ការសិក្សាបានបង្ហាញថា ប្រសិទ្ធភាពនៃថ្នាំចាក់ការពារជំងឺមីនីញដោខូខល ប្រភេទ A, C, W, Y គឺរវាង៨០ ទៅ៨៥ភាគរយក្នុងមនុស្សវ័យជំទង់។ កម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺមីនីញដោខូខល ប្រភេទ A, C, W, Y បានអនុវត្តចំពោះមនុស្សវ័យជំទង់នៅក្នុងប្រទេសអង់គ្លេសចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០១៥ ហើយត្រូវបានផ្តល់ការយល់ព្រមនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០៥។

ថ្នាំចាក់នេះមិនមានបាក់តេរីសកម្មណាមួយឡើយ ហើយអាចមិនអាចបង្កឱ្យមានជំងឺមីនីញដោខូខលទេ។ បន្ថែមទៅនឹងប្រភេទ W ថ្នាំចាក់ប្តូរមុខមាត់តែមួយនេះ នឹងបង្កើនការការពារសម្រាប់មនុស្សវ័យជំទង់ជាមួយប្រភេទ C ដែលពួកគេបានចាក់បង្ការកាលពីនៅជាទារក ប្រឆាំងនឹងប្រភេទ A និង Y។

## ផលវិបាករយៈពេលនៃថ្នាំចាក់បង្ការរោគមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W

ផលវិបាករយៈពេលវែងកាត់ច្រើនគឺស្រាល ហើយយ៉ាងឆាប់រហ័សបាត់។ ប្រសិនបើកើតមានប្រតិកម្មដូចខាងក្រោមនេះ វានឹងកើតមានក្នុងពេលឆាប់បន្ទាប់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ។

### ផលវិបាករយៈពេលវែងកាត់ច្រើន

- ឡើងកំដៅកម្រិតស្រាល
- ឈឺក្បាល
- វិលមុខ
- ឈឺចុក ឡើងក្រហម និងហើមនៅត្រង់កន្លែងចាក់ថ្នាំ
- ខ្សោយចង់សន្លប់អាចកើតមានរហូតដល់៣០នាទី បន្ទាប់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការណាមួយ។

ប្រសិនបើប្រតិកម្មស្រាលមិនកើតមានឡើង ផលវិបាករយៈពេលវែងអាចកាត់បន្ថយបានដោយ៖

- ដឹកសារធាតុរាវបន្ថែមទៀត ហើយកុំស្លៀកពាក់ច្រើនពេក ប្រសិនបើបុគ្គលមានជំងឺគ្រុនក្តៅ
- ដឹកថ្នាំផ្សាសេតាម៉ូល ហើយដាក់ក្រណាត់ត្រជាក់សើម នៅលើកន្លែងចាក់ថ្នាំដែលឈឺ។

### ផលវិបាករយៈពេលវែងដែលកម្រខ្លាំងណាស់

- ប្រតិកម្មទាស់ធ្ងន់ធ្ងរ។

នៅក្នុងព្រឹត្តិការណ៍នៃប្រតិកម្មទាស់ធ្ងន់ធ្ងរ ការព្យាបាលជាបន្ទាន់នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូន។ ប្រសិនបើកើតមានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ ឬមិនជាសះស្បើយ ឬប្រសិនបើអ្នកមានការព្រួយបារម្ភ សូមទាក់ទងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬមន្ទីរពេទ្យ។

### បញ្ជីត្រួតពិនិត្យមើលមុនការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ

មុនកូនរបស់អ្នកចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ សូមប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬគិលានុបដ្ឋាក ប្រសិនបើមានអ្វីណាមួយដូចតទៅនេះអនុវត្ត៖

- មិនស្រួលខ្លួននៅចំថ្ងៃចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (ឡើងកំដៅលើសពី 38.5°C)
- មានការទាស់ធ្ងន់ធ្ងរណាមួយ
- ធ្លាប់មានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរទៅនឹងថ្នាំចាក់ណាមួយ
- មានផ្ទៃពោះ។

បន្ទាប់ពីការចាក់ថ្នាំ សូមរង់ចាំនៅកន្លែងចាក់ថ្នាំឱ្យបានយ៉ាងតិច១៥នាទី។

### ព័ត៌មានបន្ថែម

ប្រសិនបើអ្នកតម្រូវជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងសេវាចាក់ថ្នាំបង្ការរោគប្រចាំសាលាក្រុង ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

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

### របៀបបំពេញហ្វ្រម

សូមអានព័ត៌មាន។

សូមបំពេញហ្វ្រម **បើទោះបីជាពុំបានទទួលថ្នាំចាក់ក្តី។**

ហែកចេញហ្វ្រម ហើយបញ្ជូនវាទៅសាលារៀនវិញ។

### សម្រាប់កុមារ /សិស្សរាល់រូប

សូមបំពេញព័ត៌មានលម្អិតអំពីកុមារ។

### បន្ទាប់មក

បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកប្រាថ្នាចង់ឱ្យកូនរបស់អ្នកចាក់ថ្នាំ។

### ឬ

បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាថ្នាចង់ឱ្យកូនរបស់អ្នកចាក់ថ្នាំ។

ដើម្បីទទួលយកឯកសារនេះ ក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលយកបាន សូមអ៊ីម៉ែល [immunisation@doh.vic.gov.au](mailto:immunisation@doh.vic.gov.au)

អន្តរាគមន៍ និងបោះពុម្ពផ្សាយដោយរដ្ឋាភិបាលវិចត្រីយ៉ា 1 Treasury Place, Melbourne.

© រដ្ឋវិចត្រីយ៉ា ខែឧសភា ឆ្នាំ២០១៧ (1702019)។

**ហ្វ្រមយល់ព្រមទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមីនីកូកាឡុស ប្រភេទ W (Meningococcal W)**

១. សូមអានព័ត៌មានអំពីជំងឺមីនីកូកាឡុស ប្រភេទ W។  
 ២. បំពេញផ្នែកយល់ព្រម ហើយបញ្ជូនវាទៅសាលារៀន។  
 ៣. បែកចេញផ្នែកយល់ព្រម ហើយបញ្ជូនវាទៅសាលារៀនឱ្យ ទោះបីជាមិនទាន់ទទួលបានថ្នាំចាក់ក្តីក៏ដោយ។

**ព័ត៌មានអ្នកបំពេញ**

ឈ្មោះស្រីឈ្មោះ: [1][2][3][4] [5][6][7][8][9] (ឈ្មោះត្រកូល)

ឈ្មោះស្រីឈ្មោះ: CITIZEN ឈ្មោះស្រីឈ្មោះ: ELIZA

អាសយដ្ឋានប្រចាំជីវិត: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

លេខផ្ទះ: 3000 ផ្លូវឆ្លងក្រុង: 18 / 10 / 2000  ប្រុស  ស្រី

សាលា: BLOCK HIGH SCHOOL ថ្នាក់រៀន: 11A

តើប្រធានគ្រូបង្ហាញជំងឺមីនីកូកាឡុស ប្រភេទ W នៅកន្លែងនេះ:  ប្រុស  ស្រី  មិនប្រាកដ

**ព័ត៌មានអ្នកបំពេញការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ**

ឈ្មោះស្រីឈ្មោះ: អគ្គនាយកប្រចាំជីវិត ឬជំនួយនាយកប្រចាំជីវិត ឬជំនួយនាយកប្រចាំជីវិត: MICHAEL BLOCK

លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ: 9123 4567 ទូរស័ព្ទលេខ: 0408 123 456

អ៊ីម៉ែល: parentorguardian@internetprovider.com

**ការយល់ព្រមទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ**

លេខកូនរបស់អ្នក: ខ្ញុំបានទទួលការអនុញ្ញាតដើម្បីផ្តល់ការយល់ព្រម ឬមិនយល់ព្រមសម្រាប់កូនរបស់ខ្ញុំទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមីនីកូកាឡុស ប្រភេទ W នៅកន្លែងនេះ។ ខ្ញុំបានអាន ហើយខ្ញុំយល់ពីជំងឺមីនីកូកាឡុស ប្រភេទ W និងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។ ខ្ញុំយល់ពីលទ្ធផលដែលអាចកើតមានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងការយល់ព្រមនេះ។ ខ្ញុំយល់ពីលទ្ធផលដែលអាចកើតមានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងការយល់ព្រមនេះ។ ខ្ញុំយល់ពីលទ្ធផលដែលអាចកើតមានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងការយល់ព្រមនេះ។

**ការយល់ព្រមទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (សិស្សកម្មទទួលបាន)** **និងលិខិតអនុញ្ញាតយល់ព្រមរបស់ខ្លួនខ្ញុំ**

**ចា** ខ្ញុំយល់ព្រមយល់ព្រមទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមីនីកូកាឡុស ប្រភេទ W នៅកន្លែងនេះ។

ថ្ងៃចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ: មិនមាន / W គិតថ្លៃចំពោះបុគ្គលិកម្នាក់ណាមួយ សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានមីនីកូកាឡុស ប្រភេទ A, C, W, Y (ចែករំលែកមួយ)។

ហេតុអ្វីបានជាខ្ញុំយល់ព្រម: កាលបរិច្ឆេទ: / /

**ទេ** ខ្ញុំមិនយល់ព្រមទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមីនីកូកាឡុស ប្រភេទ W នៅកន្លែងនេះទេ។

**ទេ** ខ្ញុំមិនយល់ព្រមទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមីនីកូកាឡុស ប្រភេទ W នៅកន្លែងនេះទេ។

សូមកុំបំពេញផ្នែកនេះ: កាលបរិច្ឆេទ: / /

**ការយល់ព្រមទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (សិស្សកម្មទទួលបាន)**

ខ្ញុំបានអាន ហើយខ្ញុំយល់ពីជំងឺមីនីកូកាឡុស ប្រភេទ W និងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។ ខ្ញុំយល់ពីលទ្ធផលដែលអាចកើតមានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងការយល់ព្រមនេះ។ ខ្ញុំយល់ពីលទ្ធផលដែលអាចកើតមានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងការយល់ព្រមនេះ។ ខ្ញុំយល់ពីលទ្ធផលដែលអាចកើតមានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងការយល់ព្រមនេះ។

ខ្ញុំបានអាន ហើយខ្ញុំយល់ពីជំងឺមីនីកូកាឡុស ប្រភេទ W និងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។ ខ្ញុំយល់ពីលទ្ធផលដែលអាចកើតមានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងការយល់ព្រមនេះ។ ខ្ញុំយល់ពីលទ្ធផលដែលអាចកើតមានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងការយល់ព្រមនេះ។ ខ្ញុំយល់ពីលទ្ធផលដែលអាចកើតមានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងការយល់ព្រមនេះ។

ខ្ញុំបានអាន ហើយខ្ញុំយល់ពីជំងឺមីនីកូកាឡុស ប្រភេទ W និងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។ ខ្ញុំយល់ពីលទ្ធផលដែលអាចកើតមានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងការយល់ព្រមនេះ។ ខ្ញុំយល់ពីលទ្ធផលដែលអាចកើតមានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងការយល់ព្រមនេះ។ ខ្ញុំយល់ពីលទ្ធផលដែលអាចកើតមានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងការយល់ព្រមនេះ។

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

# ហ្វ៊ីមយល់ព្រមទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W (Meningococcal W)

- សូមអានព័ត៌មានអំពីជំងឺមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W។
- បំពេញផ្នែកយល់ព្រម ហើយចុះហត្ថលេខា ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ/ចាស។
- ហែកចេញហ្វ៊ីមយល់ព្រម ហើយបញ្ជូនវាទៅសាលារៀនវិញ ទោះបីជាអ្នកមិនចង់ឱ្យកូនរបស់អ្នកចាក់ថ្នាំក៏ដោយ។

## ព័ត៌មានលម្អិតអំពីសិស្ស

លេខមេឌីយែរ         (លេខនៅក្បែរឈ្មោះកុមារ)

នាមត្រកូល៖ \_\_\_\_\_ នាមខ្លួន៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍៖ \_\_\_\_\_

លេខប៉ុស្តិ៍កូដ៖ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  ស្រី  ប្រុស

សាលារៀន៖ \_\_\_\_\_ ថ្នាក់រៀន៖ \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះមានប្រភពជាជនជាតិដើម ឬអ្នករស់នៅតាមកោះ Torres Strait ឬ? (សូមគូសសញ្ញាជិត)

ទេ  ជនជាតិដើម  អ្នករស់នៅតាមកោះ Torres Strait  ជនជាតិដើម និងអ្នករស់នៅតាមកោះ Torres Strait

## ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល

ឈ្មោះមាតាបិតា / អាណាព្យាបាល ឬសិស្សអាយុ១៨ឆ្នាំ ឬលើសពីនេះ៖ \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទនៅពេលថ្ងៃ៖ \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទដៃ៖ \_\_\_\_\_

អ៊ីម៉ែល៖ \_\_\_\_\_

## ការយល់ព្រមទទួលថ្នាំចាក់

សេចក្តីប្រកាស៖ ខ្ញុំបានទទួលការអនុញ្ញាតដើម្បីផ្តល់ការយល់ព្រម ឬមិនយល់ព្រមសម្រាប់កូនរបស់ខ្ញុំទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W ខ្ញុំបានអាន ហើយខ្ញុំយល់ដឹងពីព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យខ្ញុំអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ រួមមានហានិភ័យនៃការមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ និងផលប៉ះពាល់រយៈពេលវែងនៃថ្នាំចាក់។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចពិភាក្សាអំពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ ជាមួយសាលាក្រុងប្រចាំបន្ត ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថាខ្ញុំអាចដកចេញការយល់ព្រមនៅពេលណាមួយ មុនពេលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។

## បំពេញសម្រាប់កុមារអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំ (សិស្សអាយុ១៨ឆ្នាំ និងលើសពីនេះ អាចផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្លួនផ្ទាល់)

បាទ/ចាស ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះកូនរបស់ខ្ញុំទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W នៅសាលារៀន។

ថ្នាំចាក់បង្ការរោគមីនីញដោខូខល មានប្រភេទ-W គឺជាថ្នាំចាក់ប្តូរមុខរូបគ្នាតែមួយ សម្រាប់ការការពារប្រឆាំងនឹងជំងឺមីនីញដោខូខល ប្រភេទ A, C, W, Y (ចាក់មួយម្តង)។

ហត្ថលេខាមាតាបិតា / អាណាព្យាបាល៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ឬ

ទេ ខ្ញុំមិនចង់ឱ្យកូនរបស់ខ្ញុំទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W នៅពេលនេះទេ។

ឬ

ទេ កូនរបស់ខ្ញុំបានទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W នៅកន្លែងផ្សេងទៀតរួចហើយ។

សូមកត់ចំណាំចំពោះស្ថានភាពរោគ ប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ីធ្លន់ធ្ងរណាមួយដែលមានពីមុនស្រាប់ ឬប្រតិកម្មទាស់ធ្ងន់ធ្ងរពីមុនទៅនឹងថ្នាំចាក់បង្ការរោគ។

**សេចក្តីផ្តើមពីសិស្សកំពុងអាន៖** កម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W គឺជាកម្មវិធីចាក់ថ្នាំដែលឧបត្ថម្ភមូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាលដើម្បីចាត់វិធានការ។ ថ្នាំចាក់បង្ការរោគត្រូវបានចាត់ចែងឡើងគិតលទ្ធផលចាក់ថ្នាំបង្ការរោគធ្វើការបម្រើដោយសេវាកម្មចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់សាលាក្រុង ដែលទៅវិញទៅមកជាមួយសិក្សារដ្ឋបាលដើម្បីធានាថាប្រព័ន្ធប្រមូលហែមកវិញ និងក្រើនរលីក ដើម្បីកែលម្អគ្រូបង្ការរោគមនុស្សវ័យជំទង់។

សាលាក្រុងប្រចាំបន្ត ក្នុងការបង្កើនអត្រាចាក់ថ្នាំបង្ការរោគទូទៅ។ បុគ្គលម្នាក់ៗនឹងមានលទ្ធភាពបើកចូលកំណត់ត្រានៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគទាំងអស់របស់ពួកគេ ដែលបានកត់ត្រាទុកក្នុងបញ្ជីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអូស្ត្រាលី។ ទិន្នន័យចាក់ថ្នាំបង្ការរោគសរុប អាចបញ្ចេញទៅឱ្យរដ្ឋាភិបាលវិចិត្រវិទ្យា សម្រាប់គោលបំណងនៃការត្រួតពិនិត្យ ការផ្តល់ជំនួយវិទ្យា និងការកែលម្អកម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមីនីញដោខូខល ប្រភេទ W នៅតាមសាលាមធ្យមសិក្សា។ ព័ត៌មាននេះមិនសម្គាល់ដឹងពីអត្តសញ្ញាណរបស់បុគ្គលណាមួយឡើយ។

ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងលោកអ្នក ឬកូនរបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញសម្រាប់គោលបំណងទាក់ទងដោយផ្ទាល់ ទៅនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់កូនលោកអ្នក ហើយនៅក្នុងវិធីដែលលោកអ្នកនឹងរំពឹងទុកថាសមហេតុផល។ នេះអាចរួមបញ្ចូលទាំងការផ្ទេរ ឬផ្តល់ឱ្យនៃព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនៅឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់កូនលោកអ្នក ទៅសេវាកម្មព្យាបាលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀត ឬសាលាក្រុងប្រចាំបន្តផ្សេងទៀត។ សាលាក្រុងប្រចាំបន្ត អាចផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវព័ត៌មានទាក់ទងនឹងកម្មវិធីចាក់ថ្នាំនៅតាមសាលារៀន តាមរយៈ SMS ឬអ៊ីម៉ែល។ លោកអ្នកអាចបើកចូលទិន្នន័យរបស់កូនលោកអ្នក ដោយទាក់ទងសាលាក្រុងប្រចាំបន្ត ដាក់នូវកូដដែលកូនរបស់លោកអ្នកទៅលើ។

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

# Meningococcal W Secondary School Vaccine Program

1. Read the Meningococcal W 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 W information

### Meningococcal W

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 the meningococcal W strain has increased across Australia, with Victoria experiencing 48 cases in 2016, compared to 17 cases in 2015, four in 2014 and one in 2013. It is now the predominant strain in Victoria.

### Meningococcal W-containing vaccine

The Meningococcal W-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. In addition to the W strain, the four-in-one vaccine will boost adolescents with the C strain they had as a baby and protect against the A and Y strains.

### Possible side effects of meningococcal W 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, May 2017 (1702019)

### Meningococcal W vaccine consent form

1. Read the Meningococcal W 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 5 6 7 8 (Number beside child's name)	
Surname: CITIZEN	First name: ELIZA	
Postal address: 20 BLOCK STREET MELBOURNE		
Postcode: 3000	Date of birth: 18 / 10 / 2000 <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 W vaccine at school.</b>		
The Meningococcal W-containing vaccine is a four-in-one combined vaccine for protection against meningococcal A, C, W, Y strains (one injection).		
Parent/guardian signature:	Date: / /	
OR		
<input type="checkbox"/> <b>No, I do not consent to my child receiving the Meningococcal W vaccine at this time.</b>		
OR		
<input type="checkbox"/> <b>No, my child has had the Meningococcal W 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 W vaccine program is a Victorian 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 W 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.</small>		
Office use only:	Nurse initials:	Site: L/R arm
Vaccination date:		

# Meningococcal W vaccine consent form

1. Read the Meningococcal W 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 W vaccine at school.**

The Meningococcal W-containing 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 W vaccine elsewhere.**

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

**Privacy statement.** The meningococcal W vaccine program is a Victorian 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 W 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