Вакцина против хуманог папилома вируса (ХПВ)

Препоручена за децу у седмом разреду средње школе

Молимо вас прочитајте ове информације.
Попуните образац **чак и у случају да дете не треба да добије вакцину.**
Одвојите образац и вратите га школи.

- Општинска екипа ће ускоро посетити школу ради овог програма вакцинације.
- Бесплатна вакцинација је на располагању ове године у школи, код лекара или у општинској служби за вакцинацију.
- Прочитајте листу за проверу пре вакцинације и о свим здравственим питањима која вас забрињавају разговарајте са вашом службом за имунизацију пре него што ваше дете буде вакцинисано.
- Можда ће ваше дете требати истог дана да прими више од једне вакцине против различитих болести. То неће повећати шансе да ваше дете добије реакцију на вакцину.
- Образац сагласности морате да вратите школи чак и у случају да ваше дете није вакцинисано, јер то помаже да се побољшају здравствене услуге.

Шта је хумани папилома вирус?

ХПВ је врло чест вирус код мушкараца и жена. До зараживања са једним или више типова ХПВ врло често долази ускоро након започињања сексуалне активности. Већина инфекција ХПВ-ом не изазива никакве симптоме и исчезавају из тела за мање од годину дана, а да особа није свесна да је била заражена. Неки типови ХПВ-а изазивају гениталне брадавица и неке врсте рака, укључујући рак грлића материце код жена, рак у пределу гениталија код мушкараца и жена, и неке врсте рака у устима и грлу.

Која је корист од примања вакцине против ХПВ-а?

Вакцина против ХПВ-а GARDASIL® штити од два типа ХПВ-а који изазивају 70 процената рака грлића материце код жена и 90 процената рака у вези ХПВ-а код мушкараца. Вакцина штити од још два типа ХПВ-а који изазивају 90 процената гениталних брадавица.

Вакцина пружа најбољу заштиту када се даје пре него што особа постане сексуално активна. Вакцина спречава болест, али не лечи већ постојеће инфекције ХПВ-ом.

Како се даје вакцина?

Вакцина против ХПВ-а се састоји од три инјекције које се дају у надлактицу у периоду од шест месеци.

Колико дуго траје заштита коју пружа вакцина?

Недавна проучавања су показала да вакцина пружа добру континуирану заштиту од ХПВ-а. Проучавања се настављају да би се установило да ли ће ревакцинација бити потребна у будућности.

Колико је безбедна вакцина против ХПВ-а?

Вакцина је безбедна и добро се подноси. Широм света је дато милиона доза. Вакцина не садржи ХПВ, али довољно личи на вирус да би организам произвео антитела која спречавају зараживање ХПВ-ом.

Да ли ће девојкама требати контролни тестови грлића материце касније у животу?

Да. Будући да вакцина не спречава све врсте инфекције хуманим папилома вирусом (human papillomavirus – HPV) које изазивају рак грлића материце, контролни тестови грлића материце су од изузетне важности за жене касније у животу. Контролни тестови грлића материце се препоручују свим женама једном у две године, почевши од 18 година старости, или две године након што постану сексуално активне, зависно од тога који од та два периода дође касније. Редовни контролни тестови грлића материце додатно умањују ризик од добијања рака грлића материце.

Служба за писмено и усмено превођење
Јавите се на 131 450

Interpreter

IMMUNISE

Које су уобичајене пратеће појаве?

Уобичајене пратеће појаве

- Бол, црвенило и оток на месту инјекције
- Привремена мала гука на месту инјекције
- Мало повишена температура
- Вакцинисана особа се не осећа добро
- Главобоља
- До губитка свести може доћи у првих 30 минута после сваке вакцинације.

Ако дође да благих реакција, пратеће појаве се могу ублажити на следеће начине:

- вакцинисана особа треба да пије више течности и да се не утопљава, ако има повишену температуру
- стављати хладну мокру крпу на болно место инјекције
- узимати парацетамол да би се смањила нелагодност.

Неуобичајене пратеће појаве

- Осип или копривњача

Препоручује се да особа која добије осип или копривњачу после примања вакцине разговара са особом или организацијом која врши вакцинацију пре него што прими следеће дозе исте вакцине.

Ретке пратеће појаве

- Јака алергична реакција, на пример оток лица, отежано дисање

У случају јаке алергијске реакције, одмах ће бити указана медицинска помоћ. Ако су реакције јаке или се не губе, или ако сте забринути, јавите се вашем лекару или болници.

Листа за проверу пре вакцинације

Пре него што ваше дете добије вакцину, реците лекару или медицинској сестри ако се нешто од следећег односи на ваше дете.

- Није му добро на дан вакцинације (има температуру изнад 38.5°C)
- Имало је јаку алергију после примања неке вакцине
- Имало је јаку алергију као што је анафилактичка реакција на квасац
- Ако је трудно

После вакцинације причекајте најмање 15 минута на месту вакцинације.

Даље информације

www.betterhealth.vic.gov.au

www.hpvvaccine.org.au

www.cancerscreening.gov.au

www.hpvregister.org.au

immunehero.health.vic.gov.au

Како да попуните овај образац

Молимо вас прочитајте ове информације.
Попуните образац чак и у случају да дете не треба да добије вакцину. Одвојите образац и вратите га школи.

За сву децу

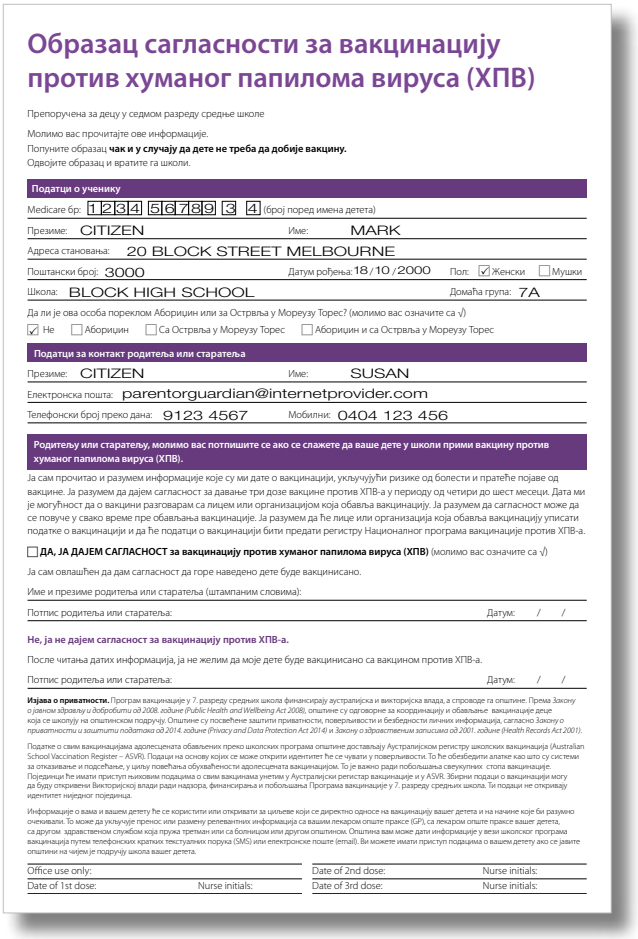
Молимо вас упишите податке о детету.

Затим

Попуните овај део ако желите да ваше дете буде вакцинисано.

Или

Попуните овај део ако не желите да ваше дете буде вакцинисано.



Образац сагласности за вакцинацију против хуманог папилома вируса (ХПВ)

Препоручена за децу у седмом разреду средње школе

Молимо вас прочитајте ове информације.
Попуните образац **чак и у случају да дете не треба да добије вакцину.**
Одвојите образац и вратите га школи.

Подаци о ученику

Medicare бр: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 3 4 (број поред имена детета)

Презиме: CITIZEN Име: MARK

Адреса становања: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

Поштански број: 3000 Датум рођења: 18 / 10 / 2000 Пол: ☑ Женски ☐ Мушки

Школа: BLOCK HIGH SCHOOL Домаћа група: 7A

Да ли је ова особа пореклом Абориџин или за Острвља у Мореузу Торес? (молимо вас означите са √)

☑ Не ☐ Абориџин ☐ Са Острвља у Мореузу Торес ☐ Абориџин и са Острвља у Мореузу Торес

Подаци за контакт родитеља или старатеља

Презиме: CITIZEN Име: SUSAN

Електронска пошта: parentorguardian@internetprovider.com

Телефонски број преко дана: 9123 4567 Мобилни: 0404 123 456

Родитељу или старатељу, молимо вас потпишите се ако се слажете да ваше дете у школи прими вакцину против хуманог папилома вируса (ХПВ).

Ја сам прочитао и разумем информације које су ми дате о вакцинацији, укључујући ризике од болести и пратеће појаве од вакцине. Ја разумем да дајем сагласност за давање три дозе вакцине против ХПВ-а у периоду од четири до шест месеци. Дата ми је могућност да о вакцини разговарам са лицем или организацијом која обавља вакцинацију. Ја разумем да сагласност може да се повуче у свако време пре обављања вакцинације. Ја разумем да ће лице или организација која обавља вакцинацију уписати податке о вакцинацији и да ће подаци о вакцинацији бити предати регистру Националног програма вакцинације против ХПВ-а.

☐ **ДА, ЈА ДАЈЕМ САГЛАСНОСТ за вакцинацију против хуманог папилома вируса (ХПВ)** (молимо вас означите са √)

Ја сам овлашћен да дам сагласност да горе наведено дете буде вакцинисано.

Име и презиме родитеља или старатеља (штампаним словима):

Потпис родитеља или старатеља: Датум: / /

Не, ја не дајем сагласност за вакцинацију против ХПВ-а.

После читања датих информација, ја не желим да моје дете буде вакцинисано са вакцином против ХПВ-а.

Потпис родитеља или старатеља: Датум: / /

Изјава о приватности. Програм вакцинације у 7. разреду средњих школа финансирају аустралијска и викторијска влада, а спроводе га општине. Према *Закону о јавном здрављу и добробити од 2008. године (Public Health and Wellbeing Act 2008)*, општине су одговорне за координацију и обављање вакцинације деце која се школују на општинском подручју. Општине су посвећене заштити приватности, поверљивости и безбедности личних информација, сагласно *Закону о приватности и заштити података од 2014. године (Privacy and Data Protection Act 2014)* и *Закону о здравственим записима од 2001. године (Health Records Act 2001)*.

Податке о свим вакцинацијама адолесцената обављених преко школских програма општине достављају Аустралијском регистру школских вакцинација (Australian School Vaccination Register – ASVR). Подаци на основу којих се може открити идентитет ће се чувати у поверљивости. То ће обезбедити алатке као што су системи за опомињање и подсећање, у циљу повећања обухваћености адолесцената вакцинацијом. То је важно ради побољшања свеукупних стопа вакцинације. Појединци ће имати приступ њиховим подацима о свим вакцинама унетим у Аустралијски регистар вакцинација и у ASVR. Збирни подаци о вакцинацији могу да буду откривени Викторијској влади ради надзора, финансирања и побољшања Програма вакцинације у 7. разреду средњих школа. Ти подаци не откривају идентитет ниједног појединца.

Информације о вама и вашем детету ће се користити или откривати за циљеве који се директно односе на вакцинацију вашег детета и на начине које би разумно очекивали. То може да укључује пренос или размену релевантних информација са вашим лекаром опште праксе (GP), са лекаром опште праксе вашег детета, са другом здравственом службом која пружа третман или са болницом или другом општином. Општина вам може дати информације у вези школског програма вакцинација путем телефонских кратких текстуалних порука (SMS) или електронске поште (email). Ви можете имати приступ подацима о вашем детету ако се јавите општини на чијем је подручју школа вашег детета.

Office use only:

Date of 1st dose: Nurse initials:

Date of 2nd dose: Nurse initials:

Date of 3rd dose: Nurse initials:

Да би овај документ добили у доступном формату пошаљите електронску поруку на: immunisation@health.vic.gov.au

Одобрила и објавила Викторијска влада, 1 Treasury Place, Melbourne.
© Министарство здравља, Јул 2016 (1607016)

Образац сагласности за вакцинацију против хуманог папилома вируса (ХПВ)

Препоручена за децу у седмом разреду средње школе

Молимо вас прочитајте ове информације.
Попуните образац **чак и у случају да дете не треба да добије вакцину.**
Одвојите образац и вратите га школи.

Податци о ученику

Medicare бр: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐ ☐ (број поред имена детета)

Презиме: Име:

Адреса становања:

Поштански број: Датум рођења: / / Пол: ☐ Женски ☐ Мушки

Школа: Домаћа група:

Да ли је ова особа пореклом Абориџин или за Острвља у Мореузу Торес? (молимо вас означите са √)

☐ Не ☐ Абориџин ☐ Са Острвља у Мореузу Торес ☐ Абориџин и са Острвља у Мореузу Торес

Податци за контакт родитеља или старатеља

Презиме: Име:

Електронска пошта:

Телефонски број преко дана: Мобилни:

Родитељу или старатељу, молимо вас потпишите се ако се слажете да ваше дете у школи прими вакцину против хуманог папилома вируса (ХПВ).

Ја сам прочитао и разумем информације које су ми дате о вакцинацији, укључујући ризике од болести и пратеће појаве од вакцине. Ја разумем да дајем сагласност за давање три дозе вакцине против ХПВ-а у периоду од четири до шест месеци. Дата ми је могућност да о вакцини разговарам са лицем или организацијом која обавља вакцинацију. Ја разумем да сагласност може да се повуче у свако време пре обављања вакцинације. Ја разумем да ће лице или организација која обавља вакцинацију уписати податке о вакцинацији и да ће податци о вакцинацији бити предати регистру Националног програма вакцинације против ХПВ-а.

☐ **ДА, ЈА ДАЈЕМ САГЛАСНОСТ за вакцинацију против хуманог папилома вируса (ХПВ)** (молимо вас означите са √)

Ја сам овлашћен да дам сагласност да горе наведено дете буде вакцинисано.

Име и презиме родитеља или старатеља (штампаним словима):

Потпис родитеља или старатеља: Датум: / /

Не, ја не дајем сагласност за вакцинацију против ХПВ-а.

После читања датих информација, ја не желим да моје дете буде вакцинисано са вакцином против ХПВ-а.

Потпис родитеља или старатеља: Датум: / /

Изјава о приватности. Програм вакцинације у 7. разреду средњих школа финансирају аустралијска и викторијска влада, а спроводе га општине. Према *Закону о јавном здрављу и добробити од 2008. године (Public Health and Wellbeing Act 2008),* општине су одговорне за координацију и обављање вакцинације деце која се школују на општинском подручју. Општине су посвећене заштити приватности, поверљивости и безбедности личних информација, сагласно *Закону о приватности и заштити података од 2014. године (Privacy and Data Protection Act 2014)* и *Закону о здравственим записима од 2001. године (Health Records Act 2001).*

Податке о свим вакцинацијама адолесцената обављених преко школских програма општине достављају Аустралијском регистру школских вакцинација (Australian School Vaccination Register – ASVR). Подаци на основу којих се може открити идентитет ће се чувати у поверљивости. То ће обезбедити алатке као што су системи за отказивање и подсећање, у циљу повећања обухваћености адолесцената вакцинацијом. То је важно ради побољшања свеукупних стопа вакцинације. Појединци ће имати приступ њиховим подацима о свим вакцинама унетим у Аустралијски регистар вакцинације и у ASVR. Збирни подаци о вакцинацији могу да буду откривени Викторијској влади ради надзора, финансирања и побољшања Програма вакцинације у 7. разреду средњих школа. Ти подаци не откривају идентитет ниједног појединца.

Информације о вама и вашем детету ће се користити или откривати за циљеве који се директно односе на вакцинацију вашег детета и на начине које би разумно очекивали. То може да укључује пренос или размену релевантних информација са вашим лекаром опште праксе (GP), са лекаром опште праксе вашег детета, са другом здравственом службом која пружа третман или са болницом или другом општином. Општина вам може дати информације у вези школског програма вакцинација путем телефонских кратких текстуалних порука (SMS) или електронске поште (email). Ви можете имати приступ подацима о вашем детету ако се јавите општини на чијем је подручју школа вашег детета.

Office use only:

Date of 1st dose: Nurse initials:

Date of 2nd dose: Nurse initials:

Date of 3rd dose: Nurse initials:

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

Interpreter

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

www.hpvvaccine.org.au

www.cancerscreening.gov.au

www.hpvregister.org.au

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

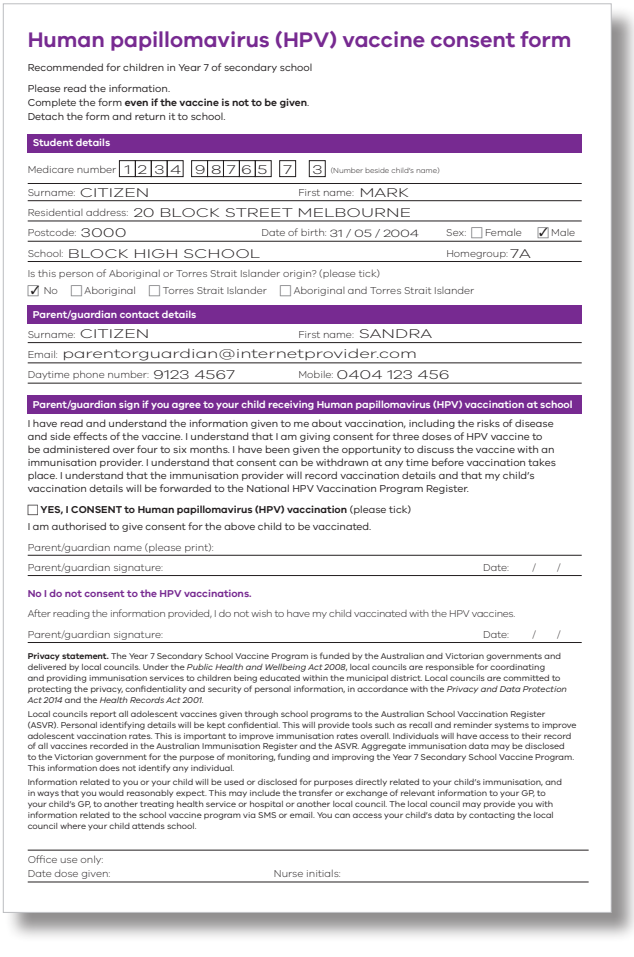
Please complete with the details of the child.

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.



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 9876 5 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:

To receive this document in an accessible format email: 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 ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐ ☐ (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: