

Program vakcinacije srednjoškolskih učenika protiv meningokokne bolesti W

1. Pročitajte informacije o meningokoknoj bolesti W.
 2. Popunite dio kojim se daje pristanak i potpišite ako dajete pristanak.
 3. Izdvojite obrazac za pristanak i pošaljite ga u školu čak i ako ne želite da vaše dijete primi vakcinu.
- Za više informacija kontaktirajte lokalnu općinu.

Informacije o meningokoknoj bolesti W

Meningokokna bolest W

Meningokoknu bolest izaziva bakterija. Iako je meningokona bolest rijetka, stanje oboljelog vrlo brzo može postati jako ozbiljno. Oko 10 posto ljudi nosi u grlu meningokokne bakterije i nikada se ne razbole. Za te ljude kažemo da su 'nosioci'. Meningokokna bakterija se prenosi s jedne osobe na drugu redovnim, bliskim, dužim porodičnim ili intimnim kontaktom. Kod adolescenata postoji veći rizik od meningokokne bolesti i veća je mogućnost da će je prenijeti na druge.

Invazivna meningokokna bolest nastupi kada ove bakterije uđu u krvotok i izazovu sepsu (infekciju krvi, poznatu i pod imenom 'bakterijemija') ili meningitis, (upalu ovojnice mozga). Smrt može nastupiti u gotovo deset posto slučajeva. Povremeno može nastupiti i teška upala zglobova, grla, pluća ili crijeva.

Postoje različiti sojevi (serogrupe) meningokokne bakterije označene različitim alfabetskim slovima, kao što su meningokokna bakterija A, B, C, W i Y. U posljednjih nekoliko godina meningokokni soj W proširio se po Australiji, s tim da je u Viktoriji zabilježeno 48 slučajeva 2016. godine, u odnosu na 17 slučajeva 2015. godine, četiri 2014. i jedan slučaj 2013. To je sada dominantni soj u Viktoriji.

Vakcina koja sadrži meningokoknu W serogrupu

Vakcina s meningokoknom W serogrupom je vakcina koja se sastoji od četiri vakcine kao zaštita od meningokoknih serogrupa A, C, W, Y. Studije su pokazale da efikasnost od meningokokne vakcine serogrupa A, C, W, Y iznosi od 80 do 85 posto kod adolescenata. Program vakcinacije meningokoknom vakcinom serogrupa A, C, W, Y primjenjuje se kod adolescenata u Velikoj Britaniji od 2015., a u SAD-u se preporučuje još od 2005.

Vakcina ne sadrži žive bakterije i ne može izazvati meningokoknu bolest. Uz serogrupu W, vakcina od četiri komponente će adolescentima dodatno pojačati otpornost na serogrupu C koju su primili kako bebe i zaštititi će ih od serogrupa A i Y.

Moguće nuspojave od meningokokne vakcine W

Većina nuspojava je neznatna i brzo nestaje. Ako dođe do sljedećih reakcija, to će biti uskoro nakon vakcinacije.

Česte nuspojave

- Blaga temperatura
- Glavobolja
- Vrtoglavica
- Bol, crvenilo i otok na mjestu uboda
- Nesvjestica može nastupiti u roku od 30 minuta od primanja vakcine.

**Služba za prevođenje
i tumačenje
Nazovite 131 450**



IMMUNISE
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

Ako dođe do blagih reakcija, nuspojave se mogu umanjiti:

- pijenjem više tekućina i nepretjerivanjem u utopljavanju ako osoba ima temperaturu
- uzimanjem paracetamola i stavljanjem hladnog obloga na bolno mjesto uboda.

Izuzetno rijetke nuspojave

- Teška alergijska reakcija.

U slučaju teške alergijske reakcije, odmah će biti pružena hitna medicinska pomoć.

Ako su reakcije teške ili uporne, ili ako ste zabrinuti, kontaktirajte ljekara ili bolnicu.

Spisak za provjeru prije vakcinacije

Prije nego što dijete primi vakcinu, recite ljekaru ili medicinskoj sestri ako se bilo šta od sljedećeg odnosi na dijete.

- Ne osjeća se dobro na dan vakcinacije (temperatura je iznad 38.5°C)
- Ima jaku alergijsku reakciju na nešto
- Imalo je jaku reakciju na neku drugu vakcinu
- Trudna je.

Nakon vakcinacije pričekajte najmanje 15 minuta prije odlaska.

Više informacija

Ako su vam potrebni daljnji savjeti ili informacije, obratite se službi za vakcinaciju u lokalnoj općini ili lokalnom ljekaru.

Ili posjetite www.betterhealth.vic.gov.au

Kako popuniti ovaj obrazac

Pročitajte informacije.

Popunite obrazac **čak i ako vakcina neće biti primljena.**

Izdvojite obrazac i vratite ga u školu.

Za svu djecu/učenike

Molimo popunite djetetove podatke.

Zatim

Popunite ovaj dio ako želite da dijete bude vakcinisano.

ili

Popunite ovaj dio ako ne želite da dijete bude vakcinisano.

Ako želite dobiti ovaj dokument u pristupačnom formatu, pošaljite email na: immunisation@dhhs.vic.gov.au

Ovlaštena i objavila Vlada Viktorije,
1 Treasury Place, Melbourne.

© State of Victoria, maj 2017. (1702019)

Pristanak za vakcinaciju meningokoknom W vakcinom

1. Pročitajte informacije o meningokoknom W oboljenju.
2. Popunite dio koji se odnosi na pristanak i potpišite ako je odgovor Da.
3. Izdvojite obrazac i vratite ga u školu, čak i ako ne želite da dijete bude vakcinisano.

Podaci o učeniku

Broj Medicare: (broj iz državnog imena)
Prezime: CITIZEN Ime: ELIZA
Poštanska adresa: 20 BLOCK STREET MELBOURNE
Poštanski broj: 3000 Datum rođenja: 18 / 10 / 2000 ☒ Žensko ☐ Muško
Škola: BLOCK HIGH SCHOOL Razred: 11A
Da li je osoba porijeklom Aboridžin ili stanovnik otočja Torresovog prolaza? (stavite kvačicu)
☒ Ne ☐ Aboridžin ☐ Stanovnik otočja Torresovog prolaza ☐ Aboridžin i stanovnik otočja Torresovog prolaza

Podaci za kontaktiranje roditelja/staratelja

Ime roditelja/staratelja ili učenika starijeg od 18 godina: MICHAEL BLOCK
Telefon tokom dana: 9123 4567 Mobilni telefon: 0408 123 456
E-mail: parentorguardian@internetprovider.com

Pristanak na vakcinu

Izjava: Ja sam ovlaštena osoba da dam ili ne dam pristanak da moje dijete bude vakcinisano. Pročitao/la sam i razumio/la informacije koje su mi date o vakcinaciji, uključujući i rizike od nevakcinisanja i nuspojave od vakcine. Razumijem da o rizicima i koristima vakcinacije mogu razgovarati s lokalnom općinom ili s doktorom. Znam da se pristanak može povući u svako doba prije vakcinacije.

Popuniti za djecu mlađu od 18 godina (učenici koji su napunili 18 godina mogu sami dati svoj pristanak)

☐ DA, PRISTAJEM da moje dijete primi vakcinu protiv meningokoka W u školi.

Vakcina protiv meningokoka grupe W je vakcina koja sadrži kombinaciju četiri vakcine u jednoj za zaštitu od meningokoka serogrupa A, C, W, Y (jedna injekcija).

Potpis roditelja/staratelja: _____ Datum: ____ / ____ / ____
☐ ILI
☐ Ne, ne pristajem da moje dijete sada primi vakcinu protiv meningokoka W.
☐ ILI
☐ Ne, moje dijete je dobilo vakcinu protiv meningokoka W na drugom mjestu.

Navedite sve ranije bolesti, teške alergije ili ranije jake reakcije na vakcine.

Izjava o zaštiti privatnosti. Program vakcinacije protiv meningokoka W je program vakcinacije koji finansira Vlada Viktorije. Vakcinaciju obavlja medicinska sestra zadužena za vakcinaciju, zaposlena u općini za poslove vakcinacije, koja viješta puta godišnje dolazi sve srednje škole u Viktoriji. Na osnovu Zakona o javnom zdravlju i dobrobiti od 2008. godine (Public Health and Wellbeing Act 2008), lokalne općine su odgovorne za koordinaciju i pružanje usluga vakcinacije djeci koja se školuju na području te općine. Lokalne općine su se obavezale da će zaštititi privatnost, povjerljivost i sigurnost osobnih podataka, u skladu sa Zakonom o privatnosti i zaštiti podataka od 2014. godine. (Privacy and Data Protection Act 2014) i Zakona o zdravstvenoj evidenciji od 2003. godine (Health Records Act 2003). Lokalne općine prijavljuju Australiskom registru za vakcinaciju (Australian Immunisation Register / AIR) svaku vakcinu koja su adolescentima daju u sklopu školskih programa. Osobni podaci o identifikaciji čuvaju se u tajnosti. Time se omogućuje sistem poziva i podjedinica kako bi se poboljšala stopa vakcinacije adolescenta. To je važno za praćenje ukupne stope vakcinacije. Popisnici će imati pristup svojim podacima o vakcinaciji koji su zabilježeni u Australiskom registru za vakcinaciju. Ukupni podaci o vakcinaciji se mogu dostaviti Vladi Viktorije u svrhu praćenja, finansiranja i poboljšanja programa vakcinacije protiv meningokoka W u srednjim školama. U ovim informacijama ne identifikira se nijedan pojedinac. Informacije koje se odnose na vas ili na vaše dijete koriste se ili se koriste u svrhu direktno vezane za vakcinaciju vašeg djeteta i to na način kako biste to razumno mogli očekivati. To može uključivati prenos ili razmjenu relevantnih informacija vašem ljekaru opće prakse, ljekaru opće prakse vašeg djeteta, nekoj drugoj zdravstvenoj službi koja pruža liječenje ili bolnici ili nekoj drugoj općini. Lokalna općina vam može pružiti informacije vezane za program školske vakcinacije putem SMS-a ili e-mala. Do podataka vašeg djeteta možete doći ako kontaktirate njegovu općinu u kojoj vaše dijete ide u školu.

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

1. Pročitajte informacije o meningokoknom W oboljenju.
2. Popunite dio koji se odnosi na pristanak i potpišite ako je odgovor Da.
3. Izdvojite obrazac i vratite ga u školu, čak i ako ne želite da dijete bude vakcinisano.

Broj Medicare

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--

--

 (Broj uz djetetovo ime)

Prezime: _____ Ime: _____

Poštanska adresa:

Poštanski broj: _____ Datum rođenja: / / ☐ Žensko ☐ Muško

Škola: _____ Razred: _____

Da li je osoba porijeklom Aboridžin ili stanovnik otočja Torresovog prolaza? (stavite kvačicu)

☐ Ne ☐ Aboridžin ☐ Stanovnik otočja Torresovog prolaza ☐ Aboridžin i stanovnik otočja Torresovog prolaza

Ime roditelja/staratelja ili učenika starijeg od 18 godina:

Telefon tokom dana: Mobilni telefon:

E-mail: _____

Izjava: Ja sam ovlaštena osoba da dam ili ne dam pristanak da moje dijete bude vakcinisano. Pročitao/la sam i razumio/jela informacije koje su mi date o vakcinaciji, uključujući i rizike od nevakcinisanja i nuspojave od vakcine. Razumijem da o rizicima i koristima vakcinacije mogu razgovarati s lokalnom općinom ili s doktorom. Znam da se pristanak može povući u svako doba prije vakcinacije.

☐ **DA, PRISTAJEM** da moje dijete primi vakcinu protiv meningokoka W u školi.

Vakcina protiv meningokoka grupe W je vakcina koja sadrži kombinaciju četiri vakcine u jednoj za zaštitu od meningokoka serogrupa A, C, W, Y (jedna injekcija).

Potpis roditelja/staratelja: _____ Datum: / /

ILI

☐ **Ne**, ne pristajem da moje dijete sada primi vakcinu protiv meningokoka W.

ILI

☐ **Ne**, moje dijete je dobilo vakcinu protiv meningokoka W na drugom mjestu.

Navedite sve ranije bolesti, teške alergije ili ranije jake reakcije na vakcine.

Izjava o zaštiti privatnosti. Program vakcinacije protiv meningokoka W je program vakcinacije koji finansira Vlada Viktorije. Vakcinaciju obavlja medicinska sestra zadužena za vakcinaciju, zaposlena u općini za poslove vakcinacije, koja više puta godišnje obilazi sve srednje škole u Viktoriji. Na osnovu Zakona o javnom zdravlju i dobiti od 2008. godine (*Public Health and Wellbeing Act 2008*), lokalne općine su odgovorne za koordinaciju i pružanje usluga vakcinacije djeci koja se školuju na području te općine. Lokalne općine su se obavezale da će zaštititi privatnost, poverljivost i sigurnost osobnih podataka, u skladu sa Zakonom o privatnosti i zaštiti podataka od 2014. godine. (*Privacy and Data Protection Act 2014*) i Zakona o zdravstvenoj evidenciji od 2001. godine (*Health Records Act 2001*).

Lokalne općine prijavljuju Australskom registru za vakcinaciju (Australian Immunisation Register / AIR) svaku vakcinu koja su adolescentima daje u sklopu školskih programa. Osobni podaci o identifikaciji čuvaju se u tajnosti. Time se omogućuje sistem poziva i podsjetnika kako bi se poboljšala stopa vakcinacije adolescenata. To je važno za poboljšanje ukupne stope vakcinacije. Pojedinci će imati pristup svojim podacima o vakcinaciji koji su zabilježeni u Australskom registru za vakcinaciju. Ukupni podaci o vakcinaciji se mogu dostaviti Vladi Viktorije u svrhu praćenja, finansiranja i poboljšanja programa vakcinacije protiv meningokoka W u srednjim školama. U ovim informacijama ne identifikira se nijedan pojedinac.

Informacije koje se odnose na vas ili na vaše dijete koriste se ili se iznose u svrhe direktno vezane za vakcinaciju vašeg djeteta i to na način kako biste to razumno mogli očekivati. To može uključiti prenos ili razmjenu relevantnih informacija vašem ljekaru opće prakse, ljekaru opće prakse vašeg djeteta, nekoj drugoj zdravstvenoj službi koja pruža liječenje ili bolnici ili nekoj drugoj općini. Lokalna općina vam može pružiti informacije vezane za program školske vakcinacije putem SMS-a ili e-maila. Do podataka svog djeteta možete doći ako kontaktirate mjesnu općinu u kojoj vaše dijete ide u školu.

Office use only:

Vaccination date: _____ Nurse initials: _____ Site: L/R arm _____

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



IMMUNISE
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

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

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	1234 98765 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 ☒ Female ☐ Male
School: BLOCK HIGH SCHOOL	Class: 11A
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: MICHAEL BLOCK	
Daytime phone: 9123 4567	Mobile: 0408 123 456
Email: parentorguardian@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.	
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

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