

मेनिन्जोकोक्कल W सेकेंडरी स्कूल टीकाकरण कार्यक्रम

1. मेनिन्जोकोक्कल W संबंधी जानकारी पढ़ें।
2. सहमति अनुभाग पूरा करें और यदि आप हाँ कर रहे/रही हैं तो हस्ताक्षर करें।
3. सहमति प्रपत्र अलग करें और स्कूल को वापिस भेजें भले ही आप चाहते/चाहती हैं कि आपकी संतान को टीका न लगाया जाए। और अधिक जानकारी के लिए अपनी स्थानीय काउंसिल से संपर्क करें।

मेनिन्जोकोक्कल W संबंधी जानकारी

मेनिन्जोकोक्कल W

मेनिन्जोकोक्कल रोग बैक्टीरिया (जीवाणु) द्वारा उत्पन्न होता है। हालाँकि मेनिन्जोकोक्कल रोग असामान्य है, पर यह बहुत जल्दी, बहुत गंभीर बन सकता है। लगभग 10 प्रतिशत लोगों के गले में मेनिन्जोकोक्कल बैक्टीरिया होता है पर वे इससे अस्वस्थ नहीं होते हैं। इन लोगों को 'कैरियर - वाहक' कहा जाता है। मेनिन्जोकोक्कल बैक्टीरिया नियमित, करीबी, लम्बी अवधि के घरेलू और घनिष्ठ संपर्क से एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति में पारित होता है। किशोरों को मेनिन्जोकोक्कल रोग का अधिक खतरा होता है और इनकी दूसरे लोगों को यह रोग फैलाने की संभावना अधिक होती है।

तेजी से फैलने वाला मेनिन्जोकोक्कल रोग उस परिस्थिति में घटित होता है जब बैक्टीरिया रक्त-प्रवाह में प्रवेश करके सेप्टीसीमिया (रक्त का संक्रमण, इसे बैक्टेरिमिया भी कहा जाता है) या मेनिन्जाइटिस (मस्तिष्क को ढकने वाली झिल्लियों का संक्रमण) उत्पन्न करता है। 10 प्रतिशत तक मामलों में मृत्यु हो सकती है। कभी-कभी, जोड़ों, गले, फेफड़ों या आँतों में गंभीर संक्रमण भी हो सकता है।

मेनिन्जोकोक्कल बैक्टीरिया के अलग-अलग उपभेद (सेरोग्रुप - serogroups) होते हैं जिन्हें अंग्रेज़ी की वर्णमाला के अक्षरों के नाम से जाना जाता है, इसमें मेनिन्जोकोक्कल A, B, C, W व Y शामिल हैं। हाल ही के वर्षों में, मेनिन्जोकोक्कल W उपभेद की ऑस्ट्रेलिया में वृद्धि हुई है, विक्टोरिया में 2015 में 17 मामलों, 2014 में चार मामलों और 2013 में एक मामले की तुलना में 2016 में 48 मामले सामने आए थे। अब यह विक्टोरिया में एक प्रमुख उपभेद है।

मेनिन्जोकोक्कल W-युक्त टीका

मेनिन्जोकोक्कल W-युक्त टीका मेनिन्जोकोक्कल A, C, W, Y उपभेदों से सुरक्षा देने वाला एक टीके में चार के प्रभाव वाला संयुक्त टीका है। अध्ययनों ने यह दर्शाया है कि मेनिन्जोकोक्कल A, C, W, Y टीके के प्रभाव किशोरों में 80 से 85 प्रतिशत के बीच हैं। मेनिन्जोकोक्कल A, C, W, Y टीके के कार्यक्रम यू.के. में 2015 से किशोरों में लागू किए गए हैं और यू.एस. में 2005 से इनका सुझाव दिया गया है।

इस टीके में कोई जीवित बैक्टीरिया नहीं होता है और इससे मेनिन्जोकोक्कल रोग नहीं हो सकता है। W उपभेद के अतिरिक्त, एक-में-चार प्रभाव वाला टीका किशोरों में C उपभेद को बढ़ावा देगा जिसका टीका उन्हें तब लगा था जब वह शिशु थे और यह A तथा Y उपभेदों से सुरक्षा प्रदान करेगा।

मेनिन्जोकोक्कल W टीके के संभावित दुष्प्रभाव

अधिकांश दुष्प्रभाव मामूली होते हैं और बहुत जल्दी दूर हो जाते हैं। यदि निम्नलिखित प्रतिक्रियाएँ होती हैं, तो ये टीकाकरण के तुरंत बाद होंगी।

सामान्य दुष्प्रभाव

- हल्का बुखार
- सिरदर्द
- चक्कर आना
- सुई लगाने के स्थान पर पीड़ा, लालिमा और सूजन
- कोई भी टीका लगाने के 30 मिनट बाद तक बेहोशी हो सकती है।

- अतिरिक्त पेय-पदार्थ पीकर और यदि व्यक्ति को बुखार है तो उन्हें ज़रूरत से अधिक कपड़े ना पहनाकर
- पेरासिटामोल की गोली खाकर और सुई लगाने के सूजे हुए स्थान पर ठंडा व गीला कपड़ा रखकर।

- गंभीर एलर्जी संबंधी प्रतिक्रिया।

टीकाकरण-पूर्व जांच सूची

- उसे कोई गंभीर एलर्जी हो
- उसे किसी टीके से पहले कभी गंभीर एलर्जी हुई हो
- वह गर्भवती हो।

अधिक जानकारी

या www.betterhealth.vic.gov.au देखें।

फॉर्म कैसे पूरा करें

फॉर्म अलग करें और इसे स्कूल को वापिस भेजें।

सभी बच्चों/विद्यार्थियों के लिए

इसके बाद

या

यदि आप चाहते/चाहती हैं कि आपकी संतान को टीका न लगाया जाए तो यह अनुभाग पूरा करें।

विक्टोरियाई सरकार, 1 Treasury Place, मेलबोर्न द्वारा प्राधिकृत एवं प्रकाशित।
© विक्टोरिया राज्य, मई 2017 (1702019)

मेनिन्जोकोक्कल W टीके के लिए सहमति फॉर्म

1. मैनिन्सोकोकुल W संबंधी जानकारी पढ़ें।
2. सहमति अनुभाग पूरा करें और यदि आप हाँ का रटोहरही हैं तो हस्ताक्षर करें।
3. सहमति प्रपत्र अवगम और स्कूल को वापिस भेजें भले ही आप बाह्य/बाहरी हैं कि आपकी संतान को टीका न लगाया जाए।

विद्यार्थी के विवरण

Medicare नम्बर 1 2 3 4 9 8 7 6 5 7 3 (चुने/चुनी के नाम के अगले पाठ नम्बर)

उपनाम:	CITIZEN	ब्रह्म नाम	ELIZA
डाक पता:	20 BLOCK STREET MELBOURNE		
पोस्टकोड:	3000	ब्रह्म तिथि: 18 / 10 / 2000	<input checked="" type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> पुरुष
सूचना:	BLOCK HIGH SCHOOL		कक्षा: 11A

क्या यह निम्नलिखित परिवारजन (आधिकारी) का डोयल स्ट्रेट डीपार्चमैन्ट मूल का है? (कृपया सही का निम्नान्त चयन करें)
☒ नहीं ☐ परिवारजन ☐ डोयल स्ट्रेट डीपार्चमैन्ट ☐ परिवारजन पत्र डोयल स्ट्रेट डीपार्चमैन्ट

माता-पिता/अभिभावक के संपर्क विवरण

माता-पिता/अभिभावक या 18 साल या इससे अधिक की आयु वाले विद्यार्थी का नाम: MICHAEL BLOCK

दिन के दौरान का फोन नम्बर: 9123 4567 मोबाइल: 0408 123 456

ईमेल: parentorguardian@internetprovider.com

टीके के लिए सहमति

पोषण: मुझे यह अधिकार है कि मैं इस बात की सहमति या असहमति हूँ कि क्या मेरी संतान को टीका लगाया जाना चाहिए या नहीं। मैंने टीकाकरण के बारे में मुझे दी गई जानकारी पढ़ और समझ ली है, इसमें टीका न लगाया जाने के खतरे और टीके के प्रभाव शामिल हैं। मैं यह समझता/समझती हूँ कि मैं अपनी स्थानीय काउंसिल या डॉक्टर के साथ टीकाकरण के खतरों और लाभों की चर्चा कर सकता/सकती हूँ। मैं यह समझता/समझती हूँ कि टीका लगाए जाने से पहले किसी भी समय मैं अंतर्द्वार टीकाकरण से मनाजमा हो सकता/सकती हूँ।

18 साल से कम आय वाले बच्चों के लिए पूरा करें (18 साल या इससे अधिक की आय वाले बच्चे अपनी सहमति अपने आप दे सकते हैं)

☐ हाँ, मैं मूल पर अपनी संज्ञान को मेनिन्जोकोइल W का टीका लगाए जाने की सहमति देता/देती हूँ।
मेनिन्जोकोइल W-युक्त टीका मेनिन्जोकोइल A, C, W, Y उपभेदों से सुरक्षा देने वाला एक टीका में चार के प्रभाव वाला संयुक्त टीका है (एक ही एंजाइम)।

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: ____/____/____

सिद्धांतसंगतता/सिद्धांतसंगतता/सिद्धांतसंगतता.

☐ **ग़रीब** मैं इस समय अपनी संतान को मेन्टिजोकोइल W का टीका लगाए जाने की सहमति नहीं देता/देती हूँ।

11

☐ **जहाँ**, मेरी संतान को मेनिन्जोकोइल W का टीका कहीं और लग चुका है।

2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534-2535-2536-2537-2538-2539-2540-2541-2542-2543-2544-2545-2546-2547-2548-2549-2550-2551-2552-2553-2554-2555-2556-2557-2558-2559-2560-2561-2562-2563-2564-2565-2566-2567-2568-2569-2570-2571-2572-2573-2574-2575-2576-2577-2578-2579-2580-2581-2582-2583-2584-2585-2586-2587-2588-2589-2590-2591-2592-2593-2594-2595-2596-2597-2598-2599-2600-2601-2602-2603-2604-2605-2606-2607-2608-2609-2610-2611-2612-2613-2614-2615-2616-2617-2618-2619-2620-2621-2622-2623-2624-2625-2626-2627-2628-2629-2630-2631-2632-2633-2634-2635-2636-2637-2638-2639-2640-2641-2642-2643-2644-2645-2646-2647-2648-2649-2650-2651-2652-2653-2654-2655-2656-2657-2658-2659-2660-2661-2662-2663-2664-2665-2666-2667-2668-2669-2670-2671-2672-2673-2674-2675-2676-2677-2678-2679-2680-2681-2682-2683-2684-2685-2686-2687-2688-2689-2690-2691-2692-2693-2694-2695-2696-2697-2698-2699-2700-2701-2702-2703-2704-2705-2706-2707-2708-2709-2710-2711-2712-2713-2714-2715-2716-2717-2718-2719-2720-2721-2722-2723-2724-2725-2726-2727-2728-2729-2730-2731-2732-2733-2734-2735-2736-2737-2738-2739-2740-2741-2742-2743-2744-2745-2746-2747-2748-2749-2750-2751-2752-2753-2754-2755-2756-2757-2758-2759-2760-2761-2762-2763-2764-2765-2766-2767-2768-2769-2770-2771-2772-2773-2774-2775-2776-2777-2778-2779-2780-2781-2782-2783-2784-2785-2786-2787-2788-2789-2790-2791-2792-2793-2794-2795-2796-2797-2798-2799-2800-2801-2802-2803-2804-2805-2806-2807-2808-2809-2810-2811-2812-2813-2814-2815-2816-2817-2818-2819-2820-2821-2822-2823-2824-2825-2826-2827-2828-2829-2830-2831-2832-2833-2834-2835-2836-2

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

मेनिन्जोकोक्कल W टीके के लिए सहमति फॉर्म

- मेनिन्जोकोक्कल W संबंधी जानकारी पढ़ें।
- सहमति अनुभाग पूरा करें और यदि आप हाँ कर रहे/रही हैं तो हस्ताक्षर करें।
- सहमति प्रपत्र अलग करें और स्कूल को वापिस भेजें भले ही आप चाहते/चाहती हैं कि आपकी संतान को टीका न लगाया जाए।

विद्यार्थी के विवरण

Medicare नम्बर (बच्चे/बच्ची के नाम के आगे का नम्बर)

उपनाम:

प्रथम नाम:

डाक पता:

पोस्टकोड:

जन्म-तिथि: / /

☐ महिला

☐ पुरुष

स्कूल:

कक्षा:

क्या यह व्यक्ति एबोरिजनल (आदिवासी) या टोरस स्ट्रेट द्वीपवासी मूल का है? (कृपया सही का निशान लगाएँ)

☐ नहीं

☐ एबोरिजनल

☐ टोरस स्ट्रेट द्वीपवासी

☐ एबोरिजनल एवं टोरस स्ट्रेट द्वीपवासी

माता-पिता/अभिभावक के संपर्क विवरण

माता-पिता/अभिभावक या 18 साल या इससे अधिक की आयु वाले विद्यार्थी का नाम:

दिन के दौरान का फोन नम्बर:

मोबाइल:

ई-मेल:

टीके के लिए सहमति

घोषणा: मुझे यह अधिकार है कि मैं इस बात की सहमति या असहमति दूँ कि क्या मेरी संतान को टीका लगाया जाना चाहिए या नहीं। मैंने टीकाकरण के बारे में मुझे दी गई जानकारी पढ़ और समझ ली है, इसमें टीका न लगाए जाने के खतरे और टीके के दुष्प्रभाव शामिल हैं। मैं यह समझता/समझती हूँ कि मैं अपनी स्थानीय काउंसिल या डॉक्टर के साथ टीकाकरण के खतरों और लाभों की चर्चा कर सकता/सकती हूँ। मैं यह समझता/समझती हूँ कि टीका लगाए जाने से पहले किसी भी समय मैं अपनी सहमति वापिस ले सकता/सकती हूँ।

18 साल से कम आयु वाले बच्चों के लिए पूरा करें (18 साल या इससे अधिक की आयु वाले बच्चे अपनी सहमति अपने आप दे सकते हैं)

☐ हाँ, मैं स्कूल पर अपनी संतान को मेनिन्जोकोक्कल W का टीका लगाए जाने की सहमति देता/देती हूँ।

मेनिन्जोकोक्कल W-युक्त टीका मेनिन्जोकोक्कल A, C, W, Y उपभेदों से सुरक्षा देने वाला एक टीके में चार के प्रभाव वाला संयुक्त टीका है (एक ही इंजेक्शन)।

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर:

दिनांक: / /

या

☐ नहीं, मैं इस समय अपनी संतान को मेनिन्जोकोक्कल W का टीका लगाए जाने की सहमति नहीं देता/देती हूँ।

या

☐ नहीं, मेरी संतान को मेनिन्जोकोक्कल W का टीका कहीं और लग चुका है।

कृपया पहले से मौजूद किसी चिकित्सीय समस्या, गंभीर एलर्जियों या टीका लगाने से पहले कभी हुई गंभीर प्रतिक्रिया को ध्यान में रखें।

गोपनीयता वक्तव्य: मेनिन्जोकोक्कल W टीका कार्यक्रम विक्टोरियाई सरकार द्वारा वित्त-पोषित टीका कार्यक्रम है। टीकों का प्रबंध एक टीकाकरण नर्स द्वारा किया जाता है, जिसे स्थानीय काउंसिल की टीकाकरण सेवाओं द्वारा नियुक्त किया गया है, और जो वर्ष में कई बार विक्टोरिया के प्रत्येक सेकेंडरी स्कूल जाती है। जन स्वास्थ्य एवं कल्याण अधिनियम 2008 (Public Health and Wellbeing Act 2008) के अधीन, स्थानीय काउंसिलें जिला नगरपालिका क्षेत्र में शिक्षा प्राप्त करने वाले बच्चों के लिए टीकाकरण सेवाओं का समन्वय करने और इन्हें प्रदान करने के लिए जिम्मेदार होती हैं। स्थानीय काउंसिलें, गुप्तता एवं डाटा संरक्षण अधिनियम 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014), और स्वास्थ्य रिकॉर्ड्स अधिनियम 2001 (Health Records Act 2001) के अनुसार, व्यक्तिगत जानकारी की गुप्तता, गोपनीयता और सुरक्षा का संरक्षण करने के लिए प्रतिबद्ध होती हैं।

स्थानीय काउंसिलें स्कूल कार्यक्रमों के द्वारा किशोरों को लगाए गए सभी टीकों की रिपोर्ट (सूचना) ऑस्ट्रेलियाई टीकाकरण रजिस्टर (Australian Immunisation Register - AIR) को देती है। व्यक्तिगत पहचान योग्य विवरण गोपनीय रखे जाएंगे। यह रिकॉर्ड और रिमाइंडर सिस्टम जैसे टूल प्रदान करती है ताकि किशोर टीकाकरण दरों में सुधार हो सके। यह कुल मिलाकर टीकाकरण दरों को बेहतर बनाने के लिए महत्वपूर्ण है। व्यक्तियों के पास ऑस्ट्रेलियाई टीकाकरण रजिस्टर में रिकॉर्ड सभी टीकों के अपने रिकॉर्ड तक पहुँच होगी। समुचित टीकाकरण डाटा का खुलासा विक्टोरियाई सरकार को निरीक्षण, वित्त-पोषण और मेनिन्जोकोक्कल W सेकेंडरी स्कूल टीका कार्यक्रम को बेहतर बनाने के उद्देश्य के लिए किया जा सकता है। इस जानकारी से किसी व्यक्ति की पहचान नहीं होती है।

आपसे या आपकी संतान से सम्बन्धित सूचना का प्रयोग या खुलासा प्रत्यक्ष रूप से आपकी संतान के टीकाकरण से जुड़े उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, और ऐसा उन तरीकों से किया जाएगा जिनकी आप उचित तरीकों से उम्मीद करते हैं। इसमें आपके GP, आपकी संतान के GP, उपचार करने वाली कोई अन्य स्वास्थ्य सेवा या अस्पताल या कोई अन्य स्थानीय काउंसिल के साथ प्रासंगिक सूचना का आदान-प्रदान किया जाना शामिल हो सकता है। स्थानीय काउंसिल आपको SMS या ई-मेल के माध्यम से स्कूल टीका कार्यक्रम से सम्बन्धित जानकारी प्रदान कर सकती है। आप उस स्थानीय काउंसिल से संपर्क करके अपनी संतान के डाटा तक पहुँच प्राप्त कर सकते/सकती हैं जिसके क्षेत्र में आपकी संतान का स्कूल आता है।

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



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 5678 9012 (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: 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)	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> No, I do not consent to my child receiving the Meningococcal W vaccine at this time.	
OR	
<input type="checkbox"/> 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