

Vakcina protiv Humanog papiloma virusa (HPV)

Preporučuje se djeci u 7. razredu srednje škole

Molimo pročitajte ove informacije.

Ispunite obrazac, **čak i ako dijete neće dobiti vakcinu.**

Otkinite obrazac i vratite ga u školu.

- Lokalna općina će uskoro posjetiti školu radi ovog programa vakcinacije.
- Ove godine se besplatna vakcina može dobiti u školi, kod ljekara ili u službi lokalne općine za vakcinaciju.
- Pročitajte kontrolnu listu prije vakcinacije i porazgovorajte o svim zdravstvenim problemima s davaocem vakcinacije prije nego što dijete primi vakcinsku dozu.
- Vaše dijete će možda isti dan trebati primiti više injekcija za različite bolesti. To ne povećava mogućnost da dijete ima reakciju na vakcinsku dozu.
- Morate školi vratiti obrazac za pristanak čak i ako se vaše dijete neće vakcinisati, jer to pomaže da se poboljša pružanje zdravstvenih usluga.

Šta je humani papiloma virus?

HPV je vrlo čest virus kod muškaraca i žena. Osoba se vrlo lako može inficirati jednim ili više tipova HPV virusa ubrzo nakon započinjanja seksualne aktivnosti. Većina HPV infekcija ne izaziva nikakve simptome i organizam ih iščisti za manje od godinu dana, a da osoba ni ne zna da je bila inficirana. Neke vrste HPV mogu prouzrokovati genitalne bradavice i neke vrste raka, uključujući rak na grliću materice kod žena, rak na području genitalija kod muškaraca i kod žena te neke vrste raka u ustima i u grdi.

Koje su prednosti od primanja HPV vakcine?

HPV vakcina GARDASIL® štiti protiv dva tipa HPV, koji prouzrokuju 70 posto raka na grliću materice kod žena i 90 posto oblika raka vezanih za HPV kod muškaraca. Također štiti od dodatne dvije vrste HPV, koje prouzrokuju 90 posto genitalnih bradavica.

Vakcina pruža najbolju zaštitu ako se daje osobi prije nego što postane seksualno aktivna. Vakcina sprečava bolest, ali ne liječi postojeće HPV infekcije.

Kako se vakcina daje?

HPV vakcina se sastoji od tri injekcije, koje se daju u nadlakticu u periodu od šest mjeseci.

Koliko traje zaštita koju vakcina pruža?

Najnovije studije su pokazale dobru kontinuiranu zaštitu protiv HPV. Studije se nastavljaju da se ustanovi da li će revakcinacija (buster doza) biti potrebna u budućnosti.

Koliko je HPV vakcina bezbjedna?

Bezbjedna je i dobro se podnosi. Širom svijeta milioni ljudi su je već primili. Vakcina ne sadrži HPV, ali izgleda dovoljna slična virusu da bi tijelo proizvelo antitijela, koja sprečavaju HPV infekciju.

Da li će djevojkama biti potreban cervikalni bris grlića maternice kasnije u životu?

Da. Pošto vakcina ne sprječava sve tipove HPV infekcije koji izazivaju rak grlića maternice, redovno testiranje brisa grlića maternice je suštinski važno za žene kasnije u životu. Testiranje brisa grlića maternice preporučuje se svake dvije godine, od 18 godina života ili dvije godine nakon što su postale seksualno aktivne, zavisno od toga što je nastupilo kasnije. Redovno testiranje brisa grlića maternice dodatno smanjuje rizik od razvoja raka grlića maternice.

Koje su moguće nuspojave?

Uobičajene nuspojave

- bol, crvenilo i otok na mjestu uboda injekcije
- privremeni malo zadebljanje na mjestu uboda injekcije
- malo povišena temperatura
- osjećaj slabosti
- glavobolja
- nesvjestica može nastupiti unutar 30 minuta nakon bilo koje vakcine.

Ako se pojavi manja reakcija, nuspojave se mogu ublažiti:

- uzimanjem veće količine tečnosti i izbjegavanjem pretopljavanja odjećom ako osoba ima povišenu temperaturu
- stavljanjem hladne mokre krpe na bolno mjesto uboda injekcije
- uzimanjem paracetamola da se ublaži bol.

Neuobičajene nuspojave

- osip ili koprivnjača

Preporučuje se da osobe koje dobiju osip ili koprivnjaču nakon vakcine popričaju s davaocem vakcine prije nego što prime sljedeću dozu te iste vakcine.

Rijetka nuspojava

- jaka alergijska reakcija, na primjer oticanje lica, poteškoće s disanjem

Kako treba ispuniti obrazac

Molimo pročitajte ove informacije.

Ispunite obrazac, **čak i ako dijete neće dobiti vakcinu.**

Otkinite obrazac i vratite ga u školu.

Za svu djecu

Molimo upišite djetetove podatke.

Onda

Ispunite ovaj dio ako želite da vam se dijete vakciniše.

Ili

Ispunite ovaj dio ako ne želite da vam se dijete vakciniše.

Ako želite dobiti ovaj dokument u pristupačnom formatu, pošaljite e-mail na: immunisation@health.vic.gov.au

Ovlaštila i objavila Vlada Viktorije, 1 Treasury Place, Melbourne.
© Ministarstvo zdravstva, Juli 2016 (1607016)

U slučaju jake alergijske reakcije, odmah će se pružiti hitna medicinska pomoć. Ako su reakcije teške ili uporne, ili ukoliko ste zabrinuti, обратите se svom doktoru ili se javite u bolnicu.

Kontrolna lista prije vakcinacije

Prije nego što vaše dijete primi vakcincu, kažite svom ljekaru ili medicinskoj sestri ako kod vašeg djeteta postoji išta od sljedećeg.

- ne osjeća se dobro na dan vakcinacije (ima temperaturu iznad 38,5°C)
- ima jaku reakciju na bilo koju vakcincu
- ima jake alergijske reakcije, kao što je anafilaktička reakcija na kvasac
- trudna je.

Nakon vakcinacije pričekajte na mjestu vakcinacije najmanje 15 minuta.

Dodatne informacije

www.betterhealth.vic.gov.au

www.hpvaccine.org.au

www.cancerscreening.gov.au

www.hpvregister.org.au

immunehero.health.vic.gov.au

Obrazac za pristanak na vakcincu protiv humanog papiloma virusa (HPV)

Preporučuje se za djecu u 7. razredu srednje škole

Molimo pročitajte ove informacije.

Ispunite obrazac, **čak i ako dijete neće dobiti vakcincu.**

Otkinite obrazac i vratite ga u školu.

Podaci o učeniku

Medicare no.: **112345678934** (broj uz djetetovo ime)

Prezime: **CITIZEN** Ime: **MARK**

Adresa stanovanja: **20 BLOCK STREET MELBOURNE**

Poštanski broj: **3000**

Datum rođenja: **18/10/2000** Pol: Ženski Muški

Škola: **BLOCK HIGH SCHOOL**

Razred: **7A**

Da li je ova osoba aboridžinskog porijekla ili porijeklom s Torres Strait otocija? (molimo označite kvačicom)

Ne aboridžinskog Torres Strait otocija aboridžinskog s Torres Strait otocija

Podaci za kontaktiranje roditelja ili staratelja

Prezime: **CITIZEN** Ime: **SUSAN**

E-mail: parentguardian@internetprovider.com

Broj telefona u toku dana: **9123 4567** Mobilni telefon: **0404 123 456**

Roditelji/staratelji, molimo potpišite ako se slazežte da vaše dijete primi vakcincu protiv humanog papiloma virusa (HPV) u školi.

Pročitao/la sam i razumio/jela sam informacije koje su mi date o vakcinaciji, uključujući i rizike od bolesti i nuspojavama od vakcincije. Razumijem da ovim dajem pristanak da se tri doze HPV vakcincu daju u periodu od četiri do šest mjeseci. Pržena mi je prilika da o vakcinci porozgovaram s davaocem vakcine. Razumijem da se pristanak može povući bilo kad prije vakcinacije. Razumijem da će davač vakcincu upisati podatke o vakcinisanju i da će se podaci o vakcinisanju mog djetetu poslati u Nacionalni registar programa vakcinacije protiv HPV.

DA, PRISTAJEM na vakcinaciju protiv humanog papiloma virusa (HPV) (molimo označite kvačicom)

Ovlaštena/sam da dam pristanak da se gore navedenom djetetu izvrši vakcinacija.

Ime roditelja/staratelja (upisati stampanim slovima):

Potpis roditelja/staratelja: _____ Datum: / /

Ne. Ne pristajem na HPV vakcinacije.

Nakon pročitanih informacija, ne želim da moje dijete primi HPV vakcincu.

Potpis roditelja/staratelja:

Datum: / /

Istraživa privavnosti. Program vakcine za 7. razred srednje škole finansira vlade Australije i Viktorije, a vakcinaciju vrše lokalne općine. Na osnovu Zakona o javnom zdravlju i dobrobiti od 2008. godine (Public Health and Wellbeing Act 2008), lokalne općine su odgovorne za koordinaciju i izvršenje vakcinacija djece koja se školjuju na području njihove općine. Lokalne općine su obvezane da zaštite privatnost, pouzdanost i sigurnost osobnih podataka, u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka (Privacy Act 1988).

Lokalne općine organizuju ovu vakcinaciju adolescenta koja se vrše putem školskih programi. Australijskom registru školskih vakcinacija Australian School Vaccination Register (ASVR). Osobni podaci kojima se može identificirati osoba čuvaju se u tajnosti. Time će se omogućiti sistem slanja pošta i podjeljivanja da bi se potobilje stopa vakcinacije adolescenta. Ovo je važno kako bi se ukupno potobilje stopa vakcinacije. Pojedinci će imati pristup evidenciji o svim zabilježenim vakcinama u Australijskom registru vakcinacija (ASVR). Zbirni podaci o vakcinaciji mogu se izmjeriti viktorijskoj vlasti u svrhu pružanja, finansiranja i poboljšanja programa vakcinacija za učenike 7. razreda srednje škole. Ovi informaciji se ne identificiraju nijedan pojedinac.

Informacije koje se odnose na vašu dijete koristi će se biti objavljene u svrhe direktno vežanje za vakcinaciju, važeći djetetu i to na način kako bi se razumjelo mogli otečevati. To može uključivati prenos ili razmjenu relevantne informacije vašem lekaru opće prakse, lekaru opće prakse vašeg djeteta, nekoj drugoj zdravstvenoj službi koja pruža liječenje ili bolnicu ili nekoj drugoj lokalnoj općini. Lokalna općina vam može pružiti informacije vežane za školski program vakcinacija putem SMS poruka ili emaile. Da podataka svog djeteta možete doći ako kontaktirate lokalnu općinu u kojoj vaše dijete pohađa školu.

Samu za potrebe službe:

Datum 1. doze:

Inicijali medicinske sestre:

Datum 2. doze:

Inicijali medicinske sestre:

Datum 3. doze:

Inicijali medicinske sestre:

Pristanak na vakcinu protiv humanog papiloma virusa (HPV)

Preporučuje se za djecu u 7. razredu srednje škole

Molimo pročitajte ove informacije.

Ispunite obrazac, **čak i ako neće dobiti vakcnu**.

Otkinite obrazac i pošaljite ga u školu.

Podaci o učeniku

Medicare no.: <input type="text"/> (broj uz djetetovo ime)		
Prezime:	Ime:	
Adresa stanovanja:		
Poštanski broj:	Datum rođenja: / /	Pol: <input type="checkbox"/> ženski <input type="checkbox"/> muški
Škola:	Razred:	

Da lije ova osoba aboridžinskog porijekla ili porijeklom s Torres Strait otočja? (molimo označite kvačicom)

Ne aboridžinskog Torres Strait otočja aboridžinskog i s Torres Strait otočja

Podaci za kontaktiranje roditelja ili staratelja

Prezime:	Ime:
Email:	
Broj telefona u toku dana:	Mobilni telefon:

Roditelji/staratelji, molimo potpišete ako se slažete da vaše dijete primi vakcnu protiv humanog papiloma virusa (HPV) u školi.

Pročitao/la sam i razumio/jela sam informacije koje su mi date o vakcinaciji, uključujući i rizike od bolesti i nuspojavama od vakcine. Razumijem da ovim dajem pristanak da se tri doze HPV vakcine dadnu u periodu od četiri do šest mjeseci. Pružena mi je prilika da o vakcini porazgovaram s davateljem vakcine. Razumijem da se pristanak može povući bilo kad prije vakcinacije. Razumijem da će davalac vakcine upisati podatke o vakcinisanju i da će se podaci o vakcinisanju mog djeteta poslati u Nacionalni registar programa vakcinacije protiv HPV.

DA, PRISTAJEM na vakcinaciju protiv humanog papiloma virusa (HPV) (molimo označite kvačicom)

Ovlašten/a sam da dam saglasnot da se gore navedenom djetetu izvrši vakcinacija.

Ime roditelja/staratelja (upisati štampanim slovima):

Potpis roditelja/staratelja: Datum: / /

Ne. Ne pristajem na HPV vakcinacije.

Nakon pročitanih informacija, ne želim da moje dijete primi HPV vakcine.

Potpis roditelja/staratelja: Datum: / /

Izjava o privatnosti. Program vakcine za 7. razrede srednje škole finansiraju vlade Australije i Viktorije, a vakcinaciju vrše lokalne općine. 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 vakcinacije djeci koja se školjuju na području njihove općine. Lokalne općine su obavezne da zaštite privatnost, povjerljivost i sigurnost osobnih podataka, u skladu sa Zakonom o zaštiti privatnosti i zaštiti podataka od 2014. godine (*Privacy and Data Protection Act 2014*) i Zakonom o zdravstvenim podacima (*Health Records Act 2001*).

Lokalne općine prijavljuju sve vakcinacije adolescenata koja se vrše putem školskih programa Australskom registru školskih vakcinacija (*Australian School Vaccination Register (ASVR)*). Osobni podaci kojim se može identifikovati osoba čuvaju se u tajnosti. Time će se omogućiti sistem slanja poziva i podsjetnika da bi se poboljšala stopa vakcinacije adolescenata. Ovo je važno kako bi se ukupno poboljšala stopa vakcinacije. Pojedinci će imati pristup evidenciji o svim zabilježenim vakcinalama u Australskom registru vakcinacije i u ASVR. Zbirni podaci o vakcinaciji mogu se iznijeti viktorijskoj vladi u svrhu praćenja, finansiranja i poboljšanja programa vakcinacije za učenike 7. razreda srednje škole. Ovim informacijama se ne identificuje nijedan pojedinac.

Informacije koje se odnose na vas i vaše dijete koristit će se ili će biti objavljene u svrhe direktno vezane za vakcinaciju vašeg djeteta i to na način kako bi ste razumno mogli očekivati. To može uključivati prenos ili razmjenu relevantnih informacija vašem ljekaru opće prakse, ljekaru opće prakse vašeg djeteta, nekom drugoj zdravstvenoj službi koja pruža liječenje ili bolnici ili nekom drugoj lokalnoj općini. Lokalna općina vam može pružiti informacije vezane za školski program vakcinacije putem SMS poruka ili emaila. Do podataka svog djeteta možete doći ako kontaktirate lokalnu općinu u kojoj vaše dijete pohađa školu.

Samo za potrebe službe:	Datum 2. doze:	Inicijali medicinske sestre:
Datum 1. doze	Inicijali medicinske sestre:	Datum 3. doze

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.

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.

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: 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: parentguardian@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 2004.

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 Australian Immunisation Register for 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:

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: