

හිසුමන් පැපිලෝමාවයිරසය (HPV) එන්නත

ද්විතියික පාසලේ 7 වසර සිසුන් සඳහා නිර්දේශිතයි.

කරුණාකර තොරතුරු කියවන්න.

එන්නත ලබා නොගන්නා වුවද පෝරමය පුරවන්න.

පෝරමය වෙන් කර පාසලට ආපසු එවන්න.

- මෙම එන්නත් වැඩිපටහන පිණිස ප්‍රදේශයේ කවුන්සලය ලෙසදීම පාසලට පැමිණෙනු ඇත.
- මේ වසරේදී පාසලෙන්, වෛද්‍යවරයාගෙන් හෝ ප්‍රාදේශීය කවුන්සලයේ ප්‍රතිශක්තිකරණ සේවය මගින් නොමිලේ එන්නත ලබා ගත හැකිය.
- ඔබේ දරුවාට එන්නත ලබා දීමට පෙර පුරව එන්නත් කාර්ය ලැයිස්තුව කියවා, යම් සෞඛ්‍ය ප්‍රශ්නයක් ඇත්නම් ඒ ගැන ඔබේ එන්නත් ලබා දෙන්නා සමග සාකච්ඡා කරන්න.
- වෙන වෙනත් රෝග සඳහා එකම දවසේදී ඔබේ දරුවාට එන්නත් එකකට වඩා අවශ්‍ය වන්නට පුළුවන. මෙමගින් ඔබේ දරුවාට එන්නත නිසා හටගත හැකි අතුරු ඵල වැඩි නොවේ.
- ඔබේ දරුවාට එන්නත් ලබා නොදෙන්නේ වුවද, ඔබ අනුමත පෝරමය පාසලට ආපසු එවිය යුතුය. මෙය වැඩි දියුණු සෞඛ්‍ය සේවා සැලසීමට උපකාරී වේ.

හිසුමන් පැපිලෝමාවයිරසය යනු කුමක්ද?

HPV පිරිමින් සහ ගැහැණුන් අතර සුලභ වයිරසයකි. ලිංගික ක්‍රියා පටන් ගත් ඉක්මනින් එක වර්ගයක හෝ කීප වර්ගයක HPV ආසාදනය නිතර ඇතිවේ. බොහෝමයක් HPV ආසාදන රෝග ලක්ෂණ මතු වීමට හේතු නොවන අතර තමන් ආසාදනයට පත්ව ඇතැයි නොදැනීම වසරකට අඩු කාලයක් තුළ එය පුද්ගලයාගේ ශරීරයෙන් ඉවතට යයි. සමහර HPV වර්ග ප්‍රජනන ඉන්ද්‍රියවල ඉන්නත් සහ සමහරක් පිළිකා වලට හේතු වේ. කාන්තාවන්ගේ ගැබ්ගෙල පිළිකා, පිරිමින් සහ කාන්තාවන්ගේ ප්‍රජනන ලිංග පෙදෙසේ පිළිකා සහ මුඛයේ සහ උගුරේ පිළිකා මීට ඇතුළත් වේ.

HPV එන්නත ලබා ගැනීමේ වාසි කවරේද?

70%ක් කාන්තා ගැබ්ගෙල පිළිකා සහ 90%ක් HPV හා සම්බන්ධ පිරිමින්ගේ පිළිකා හටගැනීමට හේතුවන HPV දෙවර්ගයකින් ආරක්ෂාව GARDASIL® HPV එන්නත මගින් ලබා දෙයි. මේ හැර 90%ක් ප්‍රජනන ඉන්ද්‍රියවල ඉන්නත් මතු වීමට හේතුවන තවත් HPV දෙවර්ගයකින්ද ආරක්ෂාව මේ එන්නතෙන් ලැබේ.

මේ එන්නතෙන් උපරිම ආරක්ෂාව ලැබෙනුයේ කෙතෙක් ලිංගිකව ක්‍රියාකාරී වීමට පෙර එන්නත ලබාගත් විටය. එන්නත මගින් රෝග වළක්වන නමුත් දැනට වැළඳී ඇති HPV ආසාදන වලට එයින් පිළියම් නොකෙරේ.

එන්නත දෙනු ලබන්නේ කෙසේද?

HPV එන්නත ඉහළ බාහුවට මාස හයක් තුළ විදින එන්නත් තුනකින් සමන්විතය.

එන්නතෙහි ආරක්ෂාව කොපමන කාලයක් පවතීද?

HPV වලින් දිගටම හොඳ ආරක්ෂාවක් ලබා දෙන බව මෑත අධ්‍යයන පෙන්වා දී ඇත. ඉදිරියේදී වර්ධක එන්නත් වේලක් දිය යුතුද යන්න තීරණය කරනු පිණිස අධ්‍යයනය කරගත යනු ලැබේ.

HPV එන්නත කොතරම් සුරක්ෂිතද?

එය සුරක්ෂිත වන අතර හොඳින් ඔරොත්තු දෙයි. ලොව පුරා මේ එන්නතේ වේල මිලියන ගනනක් ලබා දී ඇත. එන්නතෙහි HPV අඩංගු නොවන නමුත් එය වයිරසයට සමාන බැවින් HPV ආසාදනය වළක්වනු පිණිස ශරීරය විසින් ප්‍රතිදේශ නිපදවයි.

ගැහැණු ළමුන්ට පිවිත්ගේ පසු කාලයක ගැබ්ගෙල පරීක්ෂණ කර ගැනීම අවශ්‍යද?

ඔව්. එන්නත මගින් ගැබ්ගෙල පිළිකා හටගැනීමට හේතුවන සෑම වර්ගයකම HPV ආසාදන වළක් නොවන නිසා කාන්තාවන්ට පිවිත්ගේ පසු කාලයේදී ගැබ්ගෙල පරීක්ෂණ ලබා ගැනීම අත්‍යවශ්‍යය. වයස 18 සිට හෝ පළමු වරට ලිංගිකව ක්‍රියාත්මක වී අවුරුදු දෙකක සිට (මෙයින් දෙවනුව සිදුවූ දිනය සිට) අවුරුදු දෙකකට වරක් ගැබ්ගෙල පරීක්ෂණ ලබා ගැනීම සෑම කාන්තාවකටම නිර්දේශිතය. නිතිපතා ගැබ්ගෙල පරීක්ෂණ ලබා ගැනීමෙන් ගැබ්ගෙල පිළිකා හටගැනීමට ඇති අවදානම තව දුරටත් අඩුවේ.

පරිවර්තන සහ භාෂණ
පරිවර්තන සේවය
131 450 අමතන්න



හිටුමන් පැපිලෝමාවයිරසය (HPV) එන්නත අනුමැති පෝරමය

ද්විතීයික පාසලේ 7 වසර සිසුන් සඳහා නිර්දේශිතයි.

කරුණාකර තොරතුරු කියවන්න.

එන්නත ලබා නොගන්නා වුවද පෝරමය පුරවන්න.

පෝරමය වෙන් කර පාසලට ආපසු එවන්න

ශිෂ්‍යයාගේ විස්තර

මෙහිකෙසා අංකය : (number beside child's name)

වාසගම / පෙළපත් නම : පළමු නම :

ප්‍රදේශීය ලිපිනය :

තැපැල් කේතය: උපන් දිනය: / / ස්ත්‍රී පුරුෂ බව: ☐ ස්ත්‍රී ☐ පුරුෂ

පාසල: නිවාස කණ්ඩායම (Homegroup):

මෙම ප්‍රදේශයේ ආදිවාසී හෝ වායෝවිද්‍යාත්මක ප්‍රභවයක් ඇති කෙනෙක්ද? (කරුණාකර හරි ලකුණක් යොදන්න)

☐ නැත ☐ ආදිවාසී ☐ වායෝවිද්‍යාත්මක ප්‍රභවය ☐ ආදිවාසී සහ වායෝවිද්‍යාත්මක ප්‍රභවය

දෙමාපිය/හැරකාර ඇමතුම් විස්තර

පෙළපත් නම : පළමු නම :

ර් මිලේ :

දිවා කාලයේ දුරකථන අංකය: ජංගම :

දෙමාපිය/හැරකාරවරයා, ඔබේ දරුවාට පාසලේදී හිටුමන් පැපිලෝමාවයිරසය (HPV) එන්නත ලබා දීමට ඔබ එකඟ නම් කරුණාකර අත්සන් කරන්න.

එන්නතෙන් ඇතිවිය හැකි රෝග අවදානම සහ අතුරු ඵලද ඇතුළුව, එන්නත ගැන මට ලබා දුන් තොරතුරු කියවා තේරුම් ගත්තෙමි. HPV එන්නත් මාත්‍රා තුනක් මාස හතරක් සිට හයක් අතරේ ලබාදීම සඳහා මගේ අනුමැතිය දෙන බව තේරුම් ගනිමි. එන්නත ගැන ප්‍රතිශක්තිකරණ සපයන්නක් සමග සාකච්ඡා කිරීමට මට අවස්ථාව ලබා දෙන ලදී. එන්නත ලබා දීමට පෙර ඕනෑම වේලාවක මට මගේ අනුමැතිය ඉල්ලා අස්කර ගැනීමට ප්‍රථම බව මම තේරුම් ගනිමි. එන්නත් විස්තර ප්‍රතිශක්තිකරණය සපයන්නා විසින් ලේඛනගත කරන බවත් මගේ ළමයාගේ එන්නත් විස්තර ජාතික HPV එන්නත් වැඩසටහන් ලේඛනයට ඉදිරිපත් කරන බවත් මම තේරුම් ගනිමි.

☐ ඔව්, මම හිටුමන් පැපිලෝමාවයිරසය (HPV) එන්නත එන්නතට අනුමැතිය දෙමි. (කරුණාකර හරි ලකුණක් යොදන්න)

ඉහත ළමයාට එන්නත් ලබා දීමට අනුමැතිය දීමට මට බලය තිබේ.

දෙමාපිය හෝ හැරකාරගේ නම (කරුණාකර ලියන්න) :

දෙමාපිය/හැරකාරගේ අත්සන : දිනය : / /

නැත. මම HPV එන්නත් ලබා දීමට කැමැත්ත නොදෙන්නෙමි.

ලබාදුන් තොරතුරු කියවා බැලීමෙන් පසුව, මම මගේ දරුවාට එන්නත් ලබා නොදීමට අදහස් කරමි.

දෙමාපිය/හැරකාරගේ අත්සන : දිනය : / /

පෞද්ගලිකත්ව ප්‍රකාශනය. ද්විතීයික පාසලේ 7 වසරේ එන්නත් වැඩසටහන සඳහා අරමුදල් සපයීම සහ විකට්ටුකරණ ආණ්ඩු මගින් සපයා ඇති අතර එන්නත් ලබා දෙනුයේ ප්‍රාදේශීය කළමනාකරණ මගිනි. 2008 මහජන සෞඛ්‍ය සහ ඉහළ සාධන පනත (Public Health and Wellbeing Act 2008) යටතේ අදාළ නාගරික දිස්ත්‍රික්ක තුළ ඉගෙනීම ලබන ළමුන් සඳහා ප්‍රතිශක්තිකරණ සේවා සම්බන්ධීකරනය කිරීමේ සහ ලබාදීමේ වගකීම කළමනාකරණ සතුවේ. 2014 පෞද්ගලිකත්ව සහ දත්ත ආරක්ෂා කිරීමේ පනත (Privacy and Data Protection Act 2014 සහ 2001 සෞඛ්‍ය වාර්තා පනත (Health Records Act 2001) අනුකූලව, ප්‍රදේශීය තොරතුරු වල පෞද්ගලිකතාවය, රහස්‍යභාවය සහ ආරක්ෂාව රැක බලාගැනීමට කළමනාකරණ කැපවී සිටී.

පාසල් වැඩසටහන් මගින් ලබා දෙන සියළුම ව්‍යවස්ථාපිත එන්නත් ප්‍රාදේශීය කළමනාකරණ විසින් සපයනු ලබන පාසල් එන්නත් ලේඛනය {Australian School Vaccination Register (ASVR)} වෙත වාර්තා කරනු ලැබේ. ප්‍රදේශයෙන්ම අනන්‍යතාවය පිළිබඳ විස්තර රහස්‍යභාව කඩාහරුනු ලැබේ. මෙම තොරතුරු, සෑම කැඳවීම සහ මතක් කිරීම මගින් නවයොවුන් එන්නත් ප්‍රතිඵල වැඩිදියුණු කිරීමට යොදා ගනු ලැබේ. සමස්ත ප්‍රතිශක්තිකරණ ප්‍රතිශතය දියුණු කිරීමට මෙය වැදගත් වේ. සපයනු ලබන ප්‍රතිශක්තිකරණ ලේඛනයේ (Australian Immunisation Register) සහ ASVR හි වාර්තා කර ඇති සමස්ත පිළිබඳ සියළුම විස්තර බැලීමට ප්‍රදේශයෙන්ම ප්‍රථමය. ද්විතීයික පාසලේ 7 වසරේ එන්නත් වැඩසටහන අධීක්ෂණය, ප්‍රතිපාදනය සහ වැඩිදියුණු කිරීම සඳහා රාශිකූල ප්‍රතිශක්තිකරණ දත්ත විකට්ටුකරණ රජයට සපයනු ඇත. මෙම තොරතුරු ප්‍රදේශයෙන්ම අනන්‍යතාවය පිළිබඳව නොකරයි.

ඔබ සහ ඔබේ ළමයා සම්බන්ධ තොරතුරු, ඔබ සාධාරණ ලෙස බලාපොරොත්තු වන පරිදි, ඔබේ ළමයාගේ ප්‍රතිශක්තිකරණය සමග සෘජුව සම්බන්ධ කරනු ලබන සඳහා භාවිතා හෝ එළිදරව් කරනු ලැබේ. ඔබේ, ඔබේ ළමයාගේ හෝ ප්‍රතිකාර සපයන වෙනත් සෞඛ්‍ය සේවයක් හෝ රෝහලක් වෙත/සමග තොරතුරු මාරු කිරීම හෝ භාවිතය කරගැනීම මීට අයිති විය හැකිය. පාසල් ප්‍රතිශක්තිකරණ වැඩසටහන ගැන තොරතුරු, ප්‍රාදේශීය කළමනාකරණ විසින් ඔබ වෙත SMS හෝ රෆ්මේල් හරහා එවීමට ඉඩ ඇත. ඔබේ ළමයා යන පාසල තිබෙන ප්‍රදේශයේ කළමනාකරණ අමතා ඔබේ ළමයාගේ දත්ත ඔබට බලාගැනීමට ප්‍රථමය.

කාර්යාල භාවිතය සඳහා පමණි :

පළමු මාත්‍රාව ලබාදුන් දිනය : හේදියගේ කෙටිසන :

දෙවන මාත්‍රාව ලබාදුන් දිනය :

හේදියගේ කෙටිසන :

තුන්වන මාත්‍රාව ලබාදුන් දිනය :

හේදියගේ කෙටිසන :

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



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.

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: 1234 98765 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:

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: _____