

Програм вакцинације против бактерије менингитиса ACWY у средњим школама

Попуните и вратите у школу

1. Прочитајте информације о бактерији менингитиса ACWY.
 2. Попуните поглавље о сагласности за вакцинацију и потпишите ако сте одговорили „Да“.
 3. Одвојте образац за сагласност и вратите га школи чак и ако не желите да ваше дете буде вакцинисано.
- За више информација обратите се вашој општини.

Информације о бактерији менингитиса ACWY

Бактерија менингитиса ACWY

Менингитис изазивају бактерије. Иако се менингитис не јавља често, он може веома брзо да постане озбиљно обољење. Око 10 процената људи носи у грлу бактерију менингитиса, а да не оболе. Ти људи се зову „носиоци“. Бактерије менингитиса се преносе са особе на особу путем контакта који је редован, близак, дуготрајан у домаћинству и интиман. Адолесценти су изложени већем ризику да оболе од менингитиса и већа је вероватност да заразе друге.

До инвазивног менингитиса долази када бактерије менингитиса уђу у крвоток и изазову септицемију (инфекција крви такође позната као „бактеремија“) или менингитис (запаљење опне која покрива мозак). До смрти може доћи у до 10 процената случајева. Понекад може доћи и до тешке инфекције зглобова, грла, плућа или црева.

Постоје различити типови (серогрупе) бактерије менингитиса, познатих по словима абецеде, укључујући бактерије менингитиса А, В, С, W и Y. Последњих година број заражених неким од ових типова бактерије менингитиса се повећао широм Аустралије.

Вакцина која садржи бактерију менингитиса ACWY

Вакцина која садржи бактерије менингитиса ACWY је комбинована четворострука вакцина за заштиту од бактерија менингитиса А, С, W и Y. Истраживања су показала да је вакцина против менингитиса А, С, W и Y ефикасна код 80 до 85 процената адолесцената. Програми вакцинације против менингитиса А, С, W и Y се обављају у Великој Британији од 2015. и препоручују у САД од 2005.

Вакцина не садржи никакве живе бактерије и не може изазвати менингитис. Четворострука ACWY вакцина ће код адолесцената појачати вакцину против типа С коју су добили као бебе и заштитити их против типова А и Y.

Могуће контраиндикације на вакцину против менингитиса ACWY.

Контраиндикације (нежељене последице) су већином благе и брзо пролазе. Ако се следеће контраиндикације појаве, проћи ће ускоро после вакцинације.

Уобичајене контраиндикације

- Благо повишена температура
- Главобоља
- Вртоглавица
- Бол, црвенило и оток на месту примања инјекције.
- До губитка свести може доћи у првих 30 минута после сваке вакцинације.

Служба за писмено
и усмено превођење
Јавите се на 131 450



i m m u n i s e
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

Ако дође до благих реакција, контраиндикације се могу ублажити ако:

- Оболела особа пије више течности и не утопљава се превише ако има грозницу
- Узима парацетамол и ставља хладну влажну крпу на место примања инјекције.

Изузетно ретке контраиндикације

- Озбиљна алергијска реакција.

У случају озбиљне алергијске реакције, одмах ће бити указана медицинска помоћ.

Ако је реакција озбиљна или не јењава, или ако сте забринути, јавите се вашем лекару или болници.

Листа за проверу пре вакцинације

Пре него што ваше дете буде вакцинисано, реците вашем доктору или медицинској сестри у било којој од следећих ситуација.

- Детету није добро на дан вакцинације (има температуру изнад 38.5°C)
- Има било какву јаку алергију
- Ако је имало озбиљну реакцију на било коју вакцину
- Ако је бремено

После вакцинације останите на месту вакцинације још најмање 15 минута.

Више информација

Ако вам требају допунски савети или информације, молимо вас јавите се вашој општинској служби за имунизацију или вашем лекару.

Или видите на www.betterhealth.vic.gov.au

Како да попуните образац

Молимо вас прочитајте информације.

Попуните образац **чак и ако вакцина не треба да буде дата.**

Одвојте образац и вратите га школи.

За сву децу/ученике

Молимо вас попуните податке о детету.

Затим

Попуните овај део ако желите да ваше дете буде вакцинисано.

Или

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

Да би добили овај образац у доступном формату пошаљите имејл на адресу: immunisation@dhhs.vic.gov.au

Одобрила и објавила Викторијска влада,
1 Treasury Place, Мелбурн

© Држава Викторија, јануар 2019. (1702019)

Образац за сагласност за примање вакцине против менингитиса ACWY

1. Прочитајте информације о бактерији менингитиса ACWY.
2. Попуните пољава за сагласност за вакцинацију и потпишите ако сте одговорили „Да“.
3. Одрожте образац за сагласност и вратите га школи чак и ако не желите да ваше дете буде вакцинисано. За више информација обратите се вашој општини.

Подаци о ученику	
Medicare број: <input type="text" value="1234"/> <input type="text" value="5678"/> <input type="text" value="9012"/>	Број пород. имена (дејта)
Презиме: CITIZEN	Име: ELIZA
Поштанска адреса: 20 BLOCK STREET MELBOURNE	
Поштански број: 3000	Датум рођења: 18 / 10 / 2000 <input checked="" type="checkbox"/> Женско <input type="checkbox"/> Мушко
Школа: BLOCK HIGH SCHOOL	Разред: 11A
Да ли је ова особа пореклом Аборигин или са Острва у Мореузу Торес? (молимо вас означите) <input checked="" type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Аборигин <input type="checkbox"/> Са Острва у Мореузу Торес <input type="checkbox"/> Аборигин и са Острва у Мореузу Торес	

Подаци за контакт родитеља/старатеља	
Име и презиме родитеља/старатеља или ученика који има 18 или више година: MICHAEL BLOCK	
Телефон преко дана: 9123 4567	Мобилни: 0408 123 456
Имејл: parentorguardian@internetprovider.com	

Сагласност за примање вакцине	
Изузав: За свак овакшћен/овлашћена да дам сагласност или да не дам сагласност да моје дете буде вакцинисано. Ја сам прочитао/прочитала и разумем информације које су ми дате о вакцинацији, укључујући ризике ако дете не буде вакцинисано и контраиндикације на вакцину. Ја разумем и могу разговарати о ризицима и користима од вакцинације са мојом општином или лекаром. Ја разумем да сагласност може да се повуче у свако доба пре обављања вакцинације.	

Попунити за децу млађу од 18 година (ученици који имају 18 или више година могу сами дати сагласност)	
<input type="checkbox"/> ДА, ЈА ДАЈЕМ САГЛАСНОСТ да моје дете добије вакцину против менингитиса ACWY у школи.	
Вакцина која садржи бактерију менингитиса W је комбинована четворострука вакцина за заштиту од бактерије менингитиса типа A, C, W и Y (једна инјекција).	
Потпис родитеља/старатеља:	Датум: / /
ИЛИ	
<input type="checkbox"/> Не, ја не дајем сагласност да моје дете сада добије вакцину против бактерије менингитиса ACWY.	
ИЛИ	
<input type="checkbox"/> Не, моје дете је добило вакцину против бактерије менингитиса ACWY на другом месту.	

Молим вас да узмете у обзир свако претходно постојеће медицинско стање, јаке алергије или претходну озбиљну реакцију на вакцинацију.

Изава о приватности: Програм вакцинације против Бактерије менингитиса ACWY је програм вакцинације који финансира Федрална влада. Ваше дете добије медицинску острзу за имунизацију запослени у општинској служби за имунизацију који поштују сваку праву на Викторији нашег држављанина. Сагласност давање у складу са Федралним и Федралним заштитним законима (Public Health and Wellbeing Act 2008) оштрени су одговорне за коришћење и давање услуга имунизације дане која попуњају на основу дате оштрени. Оштрени су обавезани да штељиво приватност и безбедност личних информација сагласно Закону о приватности и заштити података из 2004. (Privacy and Data Protection Act 2004) и Закону о здравственом информирању из 2002. (Health Records Act 2002).

Оштрени извршавају Аустралијски регистар имунизације (Australian Immunisation Register AIR) о свим вакцинама дати одраслим особама кроз школске програме. Подаци на основу којих се може утврдити идентитет ће бити чуван као поверљиви. То ће побољшати здравствено стање што су системи за повезивање и подешавање у складу са пољима опште вакцинације одраслима. Свеукупно подаци о имунизацији могу бити отприлике Викторијској влади у циљу надзора, финансирања и побољшања Програма имунизације против Бактерије менингитиса ACWY и одраслима одраслима. Све информације на оштренима идентитет неће бити подељене. Информације у овом или другом случају ће бити коришћене или отприлике за шаљење у здравственој вези са имунизацијом ванашт државе и на начин који би ви разумно очекивали. То може да укључује процес или размену релевантних информација вашим општем праксом, лекару опште праксе ванашт државе, или другој здравственој служби која се бави лечењем или болешћу или другој општини. Оштрени давају информације у складу са својом политиком вакцинације против СМС подаци или информације. Ви можете имати приступ подацима ванашт државе ако се јавите општини на чијем подручју живите дане или у школи.

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

Образац за сагласност за примање вакцине против менингитиса ACWY

1. Прочитајте информације о бактерији менингитиса ACWY.
2. Попуните поглавље за сагласност за вакцинацију и потпишите ако сте одговорили „Да“.
3. Одвојте образац за сагласност и вратите га школи чак и ако не желите да ваше дете буде вакцинисано. За више информација обратите се вашој општини.

Подаци о ученику

Medicare број (Број поред имена детета)

Презиме: _____ Име: _____

Поштанска адреса: _____

Поштански број: _____ Датум рођења: ____ / ____ / ____ Женско Мушко

Школа: _____ Разред: _____

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

Не Аборицин Са Острвља у Мореузу Торес Аборицин и са Острвља у Мореузу Торес

Подаци за контакт родитеља/старатеља

Име и презиме родитеља/старатеља или ученика који има 18 или више година: _____

Телефон преко дана: _____ Мобилни: _____

Имејл: _____

Сагласност за примање вакцине

Изјава: Ја сам овлашћен/овлашћена да дам сагласност или да не дам сагласност да моје дете буде вакцинисано. Ја сам прочитао/прочитала и разумем информације које су ми дате о вакцинисању, укључујући ризике ако дете не буде вакцинисано и контраиндикације на вакцину. Ја разумем и могу разговарати о ризицима и користима од вакцинације са мојом општином или лекаром. Ја разумем да сагласност може да се повуче у свако доба пре обављања вакцинације.

Попунити за децу млађу од 18 година (ученици који имају 18 или више година могу сами дати сагласност)

ДА, ЈА ДАЈЕМ САГЛАСНОСТ да моје дете добије вакцину против менингитиса ACWY у школи.

Вакцина која садржи бактерију менингитиса W је комбинована четворострука вакцина за заштиту од бактерија менингитиса типа А, С, W и Y (једна инјекција).

Потпис родитеља/старатеља: _____ Датум: ____ / ____ / ____

ИЛИ

Не, ја не дајем сагласност да моје дете сада добије вакцину против бактерије менингитиса ACWY.

ИЛИ

Не, моје дете је добило вакцину против бактерије менингитиса ACWY на другом месту.

Молим вас да узмете у обзир свако претходно постојеће медицинско стање, јаке алергије или претходну озбиљну реакцију на вакцинацију.

Изјава о приватности. Програм вакцинације против бактерије менингитиса ACWY је програм вакцинације који финансира Федерална влада. Вакцине даје медицинска сестра за имунизацију запослена у локалној општинској служби за имунизацију, која посећује сваку средњу школу у Викторији више пута годишње. Сагласно *Закону о јавном здрављу и добробити из 2008. (Public Health and Wellbeing Act 2008)*, општине су одговорне за координацију и давање услуга имунизације деце која похађају наставу на подручју дате општине. Општине су обавезне да штите приватност, поверљивост и безбедност личних информација сагласно *Закону о приватности и заштити података из 2014. (Privacy and Data Protection Act 2014)* и *Закону о здравственој документацији из 2001. (Health Records Act 2001)*.

Општине извештавају Аустралијски регистар имунизације (Australian Immunisation Register AIR) о свим вакцинама датим одраслим особама кроз школске програме. Подаци на основу којих се може утврдити идентитет ће бити чувани као поверљиви. То ће побољшати алате као што су системи за повлачење и подсећање у циљу повећања стопи вакцинације одраслих. То је важно у циљу повећања укупних стопа имунизације. Појединци ће имати приступ њиховим подацима о свим вакцинама унетим у Аустралијски регистар имунизације. Свеукупни подаци о имунизацији могу бити откривени Викторијској влади у циљу надзора, финансирања и побољшања Програма имунизације против бактерије менингитиса ACWY у средњим школама. Ове информације не откривају идентитет ниједног појединца.

Информације у вези вас или вашег детета ће бити коришћене или откриване за циљеве у директној вези са имунизацијом вашег детета и на начине које би ви разумно очекивали. То може да укључује пренос или размену релевантних информација вашем лекару опште праксе, лекару опште праксе вашег детета, некој другој здравственој служби која се бави лечењем или болници, или другој општини. Општина вам може дати информације у вези школског програма вакцинације путем СМС поруке или имејлом. Ви можете имати приступ подацима вашег детета ако се јавите општини на чијем подручју ваше дете иде у школу.

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

Образац за сагласност за примање вакцине против менингитиса ACWY

- Прочитајте информације о бактерији менингитиса ACWY.
- Попуните поглавље за сагласност за вакцинацију и потпишите ако сте одговорили „Да“.
- Одвојте образац за сагласност и вратите га школи чак и ако не желите да ваше дете буде вакцинисано. За више информација обратите се вашој општини.

Подаци о ученику

Medicare број (Број поред имена детета)

Презиме: CITIZEN Име: ELIZA

Поштанска адреса: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

Поштански број: 3000 Датум рођења: 18 / 10 / 2000 Женско Мушко

Школа: BLOCK HIGH SCHOOL Разред: 11A

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

Не Аборицин Са Острвља у Мореузу Торес Аборицин и са Острвља у Мореузу Торес

Подаци за контакт родитеља/старатеља

Име и презиме родитеља/старатеља или ученика који има 18 или више година: MICHAEL BLOCK

Телефон преко дана: 9123 4567 Мобилни: 0408 123 456

Имејл: parentorguardian@internetprovider.com

Сагласност за примање вакцине

Изјава: Ја сам овлашћен/овлашћена да дам сагласност или да не дам сагласност да моје дете буде вакцинисано. Ја сам прочитао/прочитала и разумем информације које су ми дате о вакцинисању, укључујући ризике ако дете не буде вакцинисано и контраиндикације на вакцину. Ја разумем и могу разговарати о ризицима и користима од вакцинације са мојом општином или лекаром. Ја разумем да сагласност може да се повуче у свако доба пре обављања вакцинације.

Попунити за децу млађу од 18 година (ученици који имају 18 или више година могу сами дати сагласност)

ДА, ЈА ДАЈЕМ САГЛАСНОСТ да моје дете добије вакцину против менингитиса ACWY у школи.

Вакцина која садржи бактерију менингитиса W је комбинована четворострука вакцина за заштиту од бактерија менингитиса типа А, С, W и Y (једна инјекција).

Потпис родитеља/старатеља: Датум: / /

ИЛИ

Не, ја не дајем сагласност да моје дете сада добије вакцину против бактерије менингитиса ACWY.

ИЛИ

Не, моје дете је добило вакцину против бактерије менингитиса ACWY на другом месту.

Молим вас да узмете у обзир свако претходно постојеће медицинско стање, јаке алергије или претходну озбиљну реакцију на вакцинацију.

Изјава о приватности. Програм вакцинације против бактерије менингитиса ACWY је програм вакцинације који финансира Федерална влада. Вакцине даје медицинска сестра за имунизацију запослена у локалној општинској служби за имунизацију, која посећује сваку средњу школу у Викторији више пута годишње. Сагласно *Закону о јавном здрављу и добробити из 2008. (Public Health and Wellbeing Act 2008)*, општине су одговорне за координацију и давање услуга имунизације деце која похађају наставу на подручју дате општине. Општине су обавезне да штите приватност, поверљивост и безбедност личних информација сагласно *Закону о приватности и заштити података из 2014. (Privacy and Data Protection Act 2014)* и *Закону о здравственој документацији из 2001. (Health Records Act 2001)*.

Општине извештавају Аустралијски регистар имунизације (Australian Immunisation Register AIR) о свим вакцинама датим одраслим особама кроз школске програме. Подаци на основу којих се може утврдити идентитет ће бити чувани као поверљиви. То ће побољшати алате као што су системи за повлачење и подсећање у циљу повећања стопи вакцинације одраслих. То је важно у циљу повећања укупних стопа имунизације. Појединци ће имати приступ њиховим подацима о свим вакцинама унетим у Аустралијски регистар имунизације. Свеукупни подаци о имунизацији могу бити откривени Викторијској влади у циљу надзора, финансирања и побољшања Програма имунизације против бактерије менингитиса ACWY у средњим школама. Ове информације не откривају идентитет ниједног појединца.

Информације у вези вас или вашег детета ће бити коришћене или откриване за циљеве у директној вези са имунизацијом вашег детета и на начине које би ви разумно очекивали. То може да укључује пренос или размену релевантних информација вашем лекару опште праксе, лекару опште праксе вашег детета, некој другој здравственој служби која се бави лечењем или болници, или другој општини. Општина вам може дати информације у вези школског програма вакцинације путем СМС поруке или имејлом. Ви можете имати приступ подацима вашег детета ако се јавите општини на чијем подручју ваше дете иде у школу.

Office use only:

Vaccination date:

Nurse initials:

Site: L/R arm

Meningococcal ACWY Secondary School Vaccine Program

Complete and return to school

1. Read the Meningococcal ACWY 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 ACWY information

Meningococcal ACWY

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 some of these meningococcal strains have increased across Australia.

Meningococcal ACWY-containing vaccine

The Meningococcal ACWY-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. The ACWY strain vaccine will boost adolescents with the C strain they had as a baby and protect against the A, W and Y strains.

Possible side effects of meningococcal ACWY 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



i M M U N I S E
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, January 2019 (DP190174)

Meningococcal ACWY vaccine consent form

1. Read the Meningococcal ACWY 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	1 2 3 4 9 8 7 6 5 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
Gender	<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	parentguardian@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 ACWY vaccine at school.	
The Meningococcal vaccine is a four-in-one combined vaccine for protection against meningococcal A, C, W, Y strains (one injection).	
Parent/guardian signature:	Date: / /
<input type="checkbox"/> OR	
<input type="checkbox"/> No, I do not consent to my child receiving the Meningococcal W vaccine at this time.	
<input type="checkbox"/> OR	
<input type="checkbox"/> No, my child has had the Meningococcal ACWY vaccine elsewhere.	
Please note any pre-existing medical condition, severe allergies or previous severe reaction to vaccination.	
<small>Privacy statement. The meningococcal ACWY vaccine program is a Commonwealth 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 ACWY 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 or 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.</small>	
Office use only:	
Vaccination date:	Nurse initials: Site: L/R arm

Meningococcal ACWY vaccine consent form

1. Read the Meningococcal ACWY 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 ACWY vaccine at school.

The Meningococcal 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 ACWY vaccine elsewhere.

Please note any pre-existing medical condition, severe allergies or previous severe reaction to vaccination.

Privacy statement. The meningococcal ACWY vaccine program is a Commonwealth 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 ACWY 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