

Vaksin Human papillomavirus (HPV)

Dianjurkan untuk pelajar sekolah menengah kelas 7

Harap baca informasi tersebut.

Isi formulirnya **meskipun anak Anda tidak akan diberi vaksin.**

Gunting formulir tersebut dan kembalikan ke sekolah.

- Pemda setempat akan datang ke sekolah dalam waktu dekat dalam rangka program vaksinasi ini.
- Tersedia vaksin gratis tahun ini di sekolah, dokter atau layanan imunisasi pemda setempat
- Bacalah daftar checklist pra-imunisasi dan diskusikan masalah kesehatan apapun dengan penyedia imunisasi Anda sebelum anak Anda divaksin
- Anak Anda mungkin butuh lebih dari satu kali suntikan untuk beberapa penyakit pada hari yang sama. Ini tidak akan meningkatkan risiko mengalami reaksi atas vaksin.
- Anda harus mengembalikan formulir izin ini ke sekolah walaupun anak Anda tidak divaksin, karena ini akan membantu dalam meningkatkan layanan kesehatan.

Apa pengertian human papillomavirus?

HPV adalah virus yang sangat umum menjangkiti pria dan wanita. Infeksi salah satu atau berbagai jenis HPV setelah berhubungan seksual sangat sering terjadi. Sebagian besar infeksi HPV tidak menimbulkan gejala apapun dan dapat dibersihkan sendiri dari tubuh kita dalam waktu kurang dari setahun tanpa kita sadari bahwa kita telah menderita HPV. Beberapa jenis HPV dapat menyebabkan kutil pada alat kelamin dan beberapa jenis kanker. Jenis kanker ini termasuk kanker leher rahim (serviks) pada wanita, kanker di sekitar alat kelamin pria dan wanita, dan beberapa jenis kanker mulut dan tenggorokan.

Apa keuntungan dari vaksin HPV?

Vaksin HPV GARDASIL® melindungi kita dari 2 jenis HPV yang menyebabkan 70 persen dari kanker leher rahim pada wanita dan 90 persen kanker sehubungan-HPV pada pria. Vaksin ini juga melindungi kita dari 2 jenis HPV tambahan yang menyebabkan 90 persen kutil pada alat kelamin.

Vaksin ini memberikan perlindungan terbaik bila diberikan sebelum seseorang mulai menjadi aktif secara seksual. Vaksin ini dapat mencegah penyakit HPV tetapi tidak dapat mengobati infeksi HPV yang sudah terjadi.

Bagaimana cara pemberian vaksin ini?

Vaksin HPV diberikan lewat tiga suntikan pada lengan bagian atas dalam waktu 6 bulan.

Berapa lama perlindungan vaksin ini berlangsung?

Penelitian terbaru menunjukkan adanya perlindungan berkesinambungan atas HPV. Penelitian sedang dilakukan untuk mengetahui apakah suntikan ulang (booster) diperlukan nantinya.

Seberapa aman vaksin HPV?

Aman dan mudah diterima tubuh. Jutaan dosis sudah diberikan di seluruh dunia. Vaksin ini tidak berisi HPV, tetapi virus yang mirip sehingga badan kita memproduksi antibodi yang mencegah infeksi HPV.

Apakah wanita membutuhkan pemeriksaan serviks di kemudian hari?

Ya. Karena vaksin ini tidak mencegah semua jenis infeksi HPV yang menyebabkan kanker serviks, tes skrining serviks masih penting bagi perempuan di kemudian hari. Tes skrining serviks dianjurkan bagi semua perempuan setiap dua tahun, sejak berusia 18 atau dua tahun setelah menjadi aktif secara seksual, yang mana yang belakangan terjadi. Menjalani tes skrining serviks secara rutin dapat lebih lanjut mengurangi resiko terkena kanker serviks.

Layanan penerjemah
dan juru bahasa
Hubungi 131 450



Apa saja efek samping yang mungkin terjadi?

Efek samping yang umum

- Rasa sakit, kemerahan dan bengkak bekas suntikan
- Bentolan kecil sementara di tempat suntikan
- Demam rendah
- Merasa kurang sehat
- Sakit kepala
- Sampai 30 menit setelah disuntik, mungkin ada yang pingsan.

Bila reaksi ringan terjadi, efek samping dapat dikurangi dengan cara:

- minum yang banyak dan tidak memakai baju berlapis-lapis bila menderita demam
- mengompres bekas luka dengan kain basah yang dingin
- minum parasetamol untuk mengurangi rasa sakit.

Efek samping yang jarang terjadi

- Ruam atau gatal-gatal

Bagi orang yang mengalami ruam atau gatal-gatal setelah vaksinasi dianjurkan untuk berbicara dengan penyedia imunisasi mereka sebelum mereka diberikan dosis vaksin (yang sama) berikutnya.

Efek samping yang sangat jarang

- Reaksi alergi yang parah, misalnya wajah yang bengkak dan susah bernafas

Bila terjadi alergi yang parah, segera berikan perawatan medis. Bila reaksi tersebut parah dan tidak segera sembuh, atau bila Anda khawatir, hubungi dokter atau rumah sakit Anda

Daftar checklist pra-imunisasi

Sebelum anak Anda diimunisasi, beritahukanlah dokter atau perawat bila anak Anda:

- Tidak sehat pada hari imunisasi (suhu badan lebih dari 38,5 derajat celsius)
- Pernah mengalami alergi parah saat divaksin
- Memiliki alergi parah, misalnya reaksi anaphylaxis terhadap ragi
- Sedang hamil

Setelah divaksin, harap tunggu di tempat vaksinasi paling tidak selama 15 menit.

Informasi lebih lanjut

www.betterhealth.vic.gov.au

www.hpvvaccine.org.au

www.cancerscreening.gov.au

www.hpvregister.org.au

immunehero.health.vic.gov.au

Cara mengisi formulir

Harap baca informasi tersebut.

Isi formulirnya **meskipun anak Anda tidak akan diberi vaksin.**

Gunting formulir tersebut dan kembalikan ke sekolah.

Untuk semua anak

Harap tulis informasi mengenai anak Anda.

Kemudian

Isi bagian ini bila Anda ingin anak Anda diberi vaksin.

Atau

Isi bagian ini bila Anda tidak ingin anak Anda diberi vaksin.

Formulir izin vaksin Human papillomavirus (HPV)

Dianjurkan untuk pelajar sekolah menengah kelas 7

Harap baca informasi tersebut.
Isi formulirnya meskipun anak Anda tidak akan diberi vaksin.
Gunting formulir tersebut dan kembalikan ke sekolah.

Informasi mengenai anak	
No. Medicare:	1234 56789 3 4 (Nomor yang ada di sebelah nama anak)
Nama Belakang:	CITIZEN Nama depan: MARK
Alamat rumah:	20 BLOCK STREET MELBOURNE
Kode pos:	3000 Tanggal lahir: 18/10/2000 Kelamin: ☒ Perempuan ☐ Laki-laki
Sekolah:	BLOCK HIGH SCHOOL Kelompok: 7A

Apakah anak ini keturunan Aborigin atau Torres Strait Islander (harap centang)
☒ Tidak ☐ Aborigin ☐ Torres Strait Islander ☐ Aborigin dan Torres Strait Islander

Data diri orangtua atau wali	
Nama Belakang:	CITIZEN Nama depan: SUSAN
Email:	parentorguardian@internetprovider.com
Nomor Telepon hari kerja:	9123 4567 Mobile: 0404 123 456

Orangtua/wali, harap tanda-tangan bila Anda setuju anak Anda diberi vaksin HPV di sekolah.

Saya telah membaca dan mengerti informasi yang telah diberikan kepada saya mengenai vaksinasi, termasuk risiko penyakit tersebut dan efek samping dari vaksin. Saya mengerti bahwa saya memberi izin untuk memberikan tiga dosis vaksin HPV kepada anak saya dalam empat sampai enam bulan. Saya telah diberi kesempatan untuk mendiskusikan vaksin ini dengan sebuah penyedia imunisasi. Saya mengerti bahwa izin ini dapat saya cabut kapan saja sebelum anak saya diberi vaksin. Saya mengerti bahwa penyedia imunisasi akan mencatat data vaksinasi dan dan rincian vaksinasi anak saya akan dikirimkan kepada National HPV Vaccination Program Register (Catatan Program Vaksinasi HPV Nasional).

☐ YA, SAYA SETUJU atas vaksinasi Human papillomavirus (HPV) (harap centang)

Saya memiliki kuasa untuk memberi izin vaksinasi kepada anak di atas.

Nama orangtua atau wali (harap tulis):
Tanda-tangan Orangtua/wali: Tanggal: / /

Tidak, saya tidak setuju atas vaksinasi HPV.

Setelah membaca informasi tersedia, saya tidak mengizinkan anak saya diberi vaksin HPV.

Tanda-tangan Orangtua/wali: Tanggal: / /

Pernyataan privasi. Program Vaksin Sekolah kelas 7 didanai oleh pemerintah Australia dan Victoria dan dijalankan oleh pemda setempat. Sesuai UU Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat 2008 (Public Health and Wellbeing Act 2008), pemda setempat bertanggung jawab mengkoordinasi dan memberikan pelayanan imunisasi kepada anak-anak di dalam kawasan kota. Pemda setempat berkomitmen untuk melindungi privasi, kerahasiaan dan keamanan informasi pribadi, sesuai dengan UU Privasi dan Perlindungan Data 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) dan UU Catatan Kesehatan 2001 (Health Records Act 2001).

Pemda setempat melaporkan semua pemberian vaksin kepada anak remaja yang diberikan melalui program sekolah ke Daftar Vaksin Sekolah Australia (Australian School Vaccination Register ASVR). Hal ini memberikan alat seperti sistem pengingat dan peringatan untuk meningkatkan tingkat vaksinasi remaja. Hal ini penting untuk meningkatkan imunisasi tingkat keseluruhan. Setiap orang akan memiliki akses ke catatan mereka yaitu semua vaksin yang tercatat dalam Daftar Imunisasi Australia dan ASVR. Rujukan data imunisasi dapat diungkapkan kepada Pemerintah Victoria untuk tujuan pemantauan, penilaian dan meningkatkan Program Vaksin Sekolah Menengah Kelas 7. Informasi ini tidak mengidentifikasi individu maupun.

Informasi yang berhubungan dengan Anda atau anak Anda akan digunakan atau diungkapkan untuk tujuan yang terkait langsung dengan pengobatan Anda, dan dengan cara yang masuk akal untuk Anda harapkan. Ini mungkin termasuk transfer atau pertukaran informasi yang relevan untuk Dokter Umum Anda, untuk Dokter Umum anak Anda, ke layanan kesehatan atau rumah sakit atau pemda setempat lainnya yang menyediakan perawatan terkait. Pemda setempat dapat memberikan Anda informasi yang terkait dengan program vaksin sekolah melalui SMS atau email. Anda dapat mengakses data anak Anda dengan menghubungi pemda setempat dimana anak Anda sekolah.

Disisi oleh Pejabat berwenang	Tanggal pemberian dosis ke-dua:	Isisial perawat:
Tanggal pemberian dosis pertama	Isisial perawat:	Tanggal pemberian dosis ke-tiga
		Isisial perawat:

Untuk mendapatkan dokumen ini dalam bentuk yang dapat diakses, Email: immunisation@health.vic.gov.au

Disetujui dan dikeluarkan oleh Pemerintah Negara Bagian Victoria, 1 Treasury Place, Melbourne. © Department of Health, Juli 2016 (1607016)

Formulir izin vaksin Human papillomavirus (HPV)

Dianjurkan untuk pelajar sekolah menengah kelas 7

Harap baca informasi tersebut.

Isi formulirnya **meskipun anak Anda tidak akan diberi vaksin.**

Gunting formulir tersebut dan kembalikan ke sekolah.

Informasi mengenai anak

No. Medicare: (Nomor yang ada di sebelah nama anak)

Nama Belakang: Nama depan:

Alamat rumah:

Kode pos: Tanggal lahir: / / Kelamin: ☐ Perempuan ☐ Laki-laki

Sekolah: Kelompok:

Apakah anak ini keturunan Aborigin atau Torres Strait Islander (harap centang)

☐ Tidak ☐ Aborigin ☐ Torres Strait Islander ☐ c Aborigin dan Torres Strait Islander

Data diri orangtua atau wali

Nama Belakang: Nama depan:

Email:

Nomor Telepon hari kerja: Nomor HP:

Orangtua/wali, harap tanda-tangan bila Anda setuju anak Anda diberi vaksin HPV di sekolah.

Saya telah membaca dan mengerti informasi yang telah diberikan kepada saya mengenai vaksinasi, termasuk risiko penyakit tersebut dan efek samping dari vaksin. Saya mengerti bahwa saya memberi izin untuk memberikan tiga dosis vaksin HVP kepada anak saya dalam empat sampai enam bulan. Saya telah diberi kesempatan untuk mendiskusikan vaksin ini dengan sebuah penyedia imunisasi. Saya mengerti bahwa izin ini dapat saya cabut kapan saja sebelum anak saya diberi vaksin. Saya mengerti bahwa penyedia imunisasi akan mencatat data vaksinasi dan dan rincian vaksinasi anak saya akan dikirimkan kepada National HPV Vaccination Program Register (Catatan Program Vaksinasi HPV Nasional).

☐ **YA, SAYA SETUJU atas vaksinasi Human papillomavirus (HPV) (harap centang)**

Saya memiliki kuasa untuk memberi izin vaksinasi kepada anak di atas.

Nama orangtua atau wali (harap tulis):

Tanda-tangan Orangtua/wali: Tanggal: / /

Tidak, saya tidak setuju atas vaksinasi HPV.

Setelah membaca informasi tersedia, saya tidak mengizinkan anak saya diberi vaksin HPV.

Tanda-tangan Orangtua/wali: Tanggal: / /

Pernyataan privasi. Program Vaksin Sekolah kelas 7 didanai oleh pemerintah Australia dan Victoria dan dijalankan oleh pemda setempat. Sesuai UU Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat 2008 *Public Health and Wellbeing Act 2008* I, pemda setempat bertanggung jawab mengkoordinasi dan memberikan pelayanan imunisasi kepada anak-anak didik di dalam kawasan kota. Pemda setempat berkomitmen untuk melindungi privasi, kerahasiaan dan keamanan informasi pribadi, sesuai dengan UU Privasi dan Perlindungan Data 2014 *Privacy and Data Protection Act 2014* dan UU Catatan Kesehatan 2001 *Health Records Act 2001*.

Pemda setempat melaporkan semua pemberian vaksin kepada anak remaja yang diberikan melalui program sekolah ke Daftar Vaksin Sekolah Australia (Australian School Vaccination Register ASVR). Hal ini memberikan alat seperti sistem pengingat dan peringatan untuk meningkatkan tingkat vaksinasi remaja. Hal ini penting untuk meningkatkan imunisasi tingkat keseluruhan. Setiap orang akan memiliki akses ke catatan mereka yaitu semua vaksin yang tercatat dalam Daftar Imunisasi Australia dan ASVR. Kumpulan data imunisasi dapat diungkapkan kepada Pemerintah Victoria untuk tujuan pemantauan, pendanaan dan meningkatkan Program Vaksin Sekolah Menengah Kelas 7. Informasi ini tidak mengidentifikasi individu manapun.

Informasi yang berhubungan dengan Anda atau anak Anda akan digunakan atau diungkapkan untuk tujuan yang terkait langsung dengan pengobatan Anda, dan dengan cara yang masuk akal untuk Anda harapkan. Ini mungkin termasuk transfer atau pertukaran informasi yang relevan untuk Dokter Umum Anda, untuk Dokter Umum anak Anda, ke layanan Kesehatan atau rumah sakit atau pemda setempat lainnya yang menyediakan perawatan terkait. Pemda setempat dapat memberikan Anda informasi yang terkait dengan program vaksin sekolah melalui SMS atau email. Anda dapat mengakses data anak Anda dengan menghubungi pemda setempat dimana anak Anda sekolah.

Diisi oleh Pejabat berwenang:	Tanggal pemberian dosis ke-dua:	Inisial perawat:
Tanggal pemberian dosis pertama:	Inisial perawat:	Tanggal pemberian dosis ke-tiga:
		Inisial perawat:

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: _____