

# Thẻ chấp thuận Chương trình Chủng ngừa cho Học sinh Lớp 7 Trường Trung học

Hoàn tất và nộp lại cho trường

## Điền vào mẫu đơn như thế nào

1. Đọc những thông tin được cung cấp
2. Điền vào mục chấp thuận chủng ngừa cho mỗi chương trình tiêm chủng hoặc viết tên quý vị nếu trả lời Có.
3. Nộp lại những mục chấp thuận cho nhà trường kể cả khi quý vị không muốn con em mình được chủng ngừa. Liên lạc với hội đồng thành phố địa phương để biết thêm thông tin. Xem mục các thông tin bổ sung.

## Thông tin về Vi rút gây bệnh Sùi mào gà ở người (HPV)

### Vi rút gây bệnh sùi mào gà ở người là gì?

HPV là loại vi rút rất phổ biến ở cả nam giới và phụ nữ. Hiện tượng bị lây nhiễm một hoặc nhiều loại vi rút bệnh Sùi mào gà HPV ngay sau khi các hoạt động tình dục bắt đầu là rất phổ biến. Phần lớn việc lây nhiễm HPV không gây ra triệu chứng và biến mất khỏi cơ thể trong khoảng thời gian ngắn hơn một năm mà người bị lây nhiễm không hay biết. Một số loại vi rút HPV có thể gây ra mụn cóc trên bộ phận sinh dục và vài loại ung thư. Những loại ung thư này bao gồm ung thư cổ tử cung ở phụ nữ, ung thư bộ phận sinh dục ở cả nam và nữ, và ung thư miệng hoặc ung thư vòm họng.

### Lợi ích của việc chủng ngừa HPV là gì?

Vắc xin chủng ngừa HPV GARDASIL®9 bảo vệ chống lại bảy loại vi rút HPV gây ra trên 90 phần trăm ung thư cổ tử cung ở phụ nữ và trên 90 phần trăm ung thư liên quan đến HPV ở nam giới. Vắc xin chủng ngừa cũng bảo vệ chống lại thêm hai loại HPV gây ra 90 phần trăm mụn cóc ở bộ phận sinh dục. Thuốc chủng ngừa bảo vệ tốt nhất khi được thực hiện ở độ tuổi thiếu nhi và khi được chủng ngừa cho các em trước khi trưởng thành về tình dục. Thuốc chủng ngừa có thể phòng ngừa được bệnh nhưng không chữa trị được bệnh HPV khi đã bị nhiễm.

Quý vị có thể ngăn ngừa việc con em quý vị bị nhiễm các vi rút gây ra ung thư bằng cách chủng ngừa cho các em.

### Việc chủng ngừa được thực hiện như thế nào?

Đối với trẻ em từ 14 tuổi trở lên ở thời điểm liều đầu tiên, việc chủng ngừa HPV bao gồm hai mũi tiêm vào cánh tay trên, liều thứ hai được tiêm ít nhất 6 tháng sau lần chủng ngừa đầu tiên. Xin vui lòng đọc danh mục kiểm tra trước khi chủng ngừa để xem liệu con em quý vị có cần chích ba liều.

### Tác dụng bảo vệ của vắc xin sẽ kéo dài bao lâu?

Các nghiên cứu gần đây cho thấy tác dụng bảo vệ tốt liên tục chống lại HPV kéo dài hơn 10 năm cho đến thời điểm hiện tại. Các nghiên cứu đang được tiến hành để xác định có cần một liều tăng cường trong tương lai hay không, có vẻ như điều này khó xảy ra.

## Độ an toàn của chủng ngừa HPV ra sao?

Việc chủng ngừa HPV là an toàn và được cơ thể dung nạp tốt. Hơn 200 triệu liều đã được sử dụng trên toàn thế giới trong thập kỷ vừa qua. Vắc xin không chứa vi rút HPV nhưng có tính chất khá tương tự như vi rút khiến cho cơ thể sản sinh ra kháng thể ngăn ngừa việc lây nhiễm vi rút HPV.

## Các bé gái có cần khám nghiệm soi cổ tử cung sau này hay không?

Có, bởi vì vắc xin không ngăn ngừa được tất cả các loại vi rút HPV gây ra ung thư cổ tử cung, xét nghiệm soi cổ tử cung vẫn cần thiết cho phụ nữ sau này. Thực hiện xét nghiệm soi cổ tử cung định kỳ sẽ giảm thiểu hơn nữa nguy cơ phát triển ung thư cổ tử cung.

## Có những phản ứng phụ nào có thể xảy ra?

### Những phản ứng phụ thông thường

Những phản ứng này cho thấy hệ thống miễn dịch của các trẻ em đang đáp ứng với vắc-xin.

- Đau, mẩn đỏ và sưng tại vết tiêm.
- Có cục u nhỏ xuất hiện tạm thời tại vị trí mũi tiêm.
- Sốt nhẹ
- Mệt mỏi
- Đau đầu
- Có thể bị ngứa xiu trong vòng 30 phút sau khi chích ngừa.

Nếu các phản ứng nhẹ xảy ra, các phản ứng phụ có thể được giảm thiểu bằng cách:

- Uống thêm nước và không mặc quá ấm nếu người được tiêm chủng bị sốt
- Uống thuốc paracetamol và chườm đá, khăn ẩm lên chỗ vết tiêm.

### Những phản ứng phụ không thông thường

- Mẩn ngứa hoặc nổi mẩn đỏ

Những người bị nổi mẩn ngứa và mẩn đỏ sau khi chích ngừa nên nói với những nhân viên tiêm chủng trước khi thực hiện tiếp những liều sau của loại vắc xin này.

### Hiệu ứng phụ hiếm gặp

- Những dị ứng nghiêm trọng, ví dụ như mặt bị sưng, khó thở.

Trong trường hợp bị dị ứng nghiêm trọng, những trợ giúp y tế khẩn cấp sẽ được cung cấp. Nếu phản ứng là nghiêm trọng hoặc dai dẳng, hoặc nếu quý vị lo lắng, hãy liên lạc với bác sĩ hoặc bệnh viện.

## Danh mục kiểm tra trước khi chủng ngừa

Một số trẻ em cần chủng ngừa với ba liều vắc xin Gardasil®9

Để đảm bảo con em của quý vị nhận được quãng cách chính xác giữa ba liều tiêm chủng, con em của quý vị phải đến gặp bác sĩ gia đình hoặc gặp dịch vụ chủng ngừa của hội đồng địa phương.

Ba liều vắc xin Gardasil®9 được khuyến nghị cho:

- Thiếu niên tuổi từ 15 trở lên
- Trẻ em đang có bệnh hoặc đang điều trị khiến cho hệ miễn dịch bị yếu đi (ví dụ điều trị HIV/AIDS, chứng thấp khớp mãn tính, ung thư, xạ trị, hóa trị hoặc các trị liệu gây ức chế miễn dịch đáng kể)

Trước khi con của quý vị được chủng ngừa, hãy nói với bác sĩ hoặc y tá của bạn nếu có những hiện tượng sau đây.

- Bị ốm (bệnh) trong ngày chủng ngừa (sốt cao trên 38.5°C)
- Đã từng có phản ứng nghiêm trọng với bất kỳ loại vắc xin nào
- Có bất kỳ dị ứng nghiêm trọng nào như phản ứng phản vệ với nấm men

- Đang có thai.

**Sau khi tiêm vắc-xin hãy đợi ở nơi chùng ngừa ít nhất 15 phút.**

## Thông tin về bệnh bạch hầu, uốn ván và ho gà

### Bệnh bạch hầu

Bạch Hầu gây ra bởi vi khuẩn tìm thấy trong miệng, cổ họng và mũi. Bạch Hầu làm cho màng tế bào phát triển bên trong quanh cổ họng. Điều này có thể gây ra khó nuốt, khó thở và thậm chí có thể dẫn đến ngạt thở.

Vi khuẩn bạch hầu tiết ra một chất độc có thể lan truyền khắp cơ thể và gây ra các biến chứng nghiêm trọng như bại liệt và trụ tim. Khoảng 10% người mắc bệnh bạch hầu tử vong vì bệnh này.

Bệnh bạch hầu có thể bị lây nhiễm qua ho và hắt hơi từ người bị bệnh.

### Bệnh uốn ván

Bệnh uốn ván gây ra bởi vi khuẩn có trong đất, bụi và phân gia súc.

Vi khuẩn có thể xâm nhập vào cơ thể thông qua một vết thương nhỏ như một mũi kim chích. Bệnh uốn ván không thể lây từ người này sang người khác.

Uốn ván là một bệnh gây tổn hại hệ thần kinh và thường gây tử vong. Bệnh uốn ván gây co thắt cơ đầu tiên tại cổ và các cơ hàm. Bệnh uốn ván có thể dẫn đến khó thở, co giật đau đớn và nhịp tim bất thường.

Nhờ có vắc-xin hiệu quả, bệnh uốn ván bây giờ rất hiếm ở Úc, nhưng bệnh vẫn xảy ra ở người lớn chưa bao giờ được chủng ngừa bệnh này hoặc những người không được tiêm chủng vắc xin tăng cường.

### Bệnh ho gà

Ho gà là bệnh có tính truyền nhiễm rất cao, ảnh hưởng đến đường thở và sự hít thở. Bệnh gây ra cơn ho kèm co thắt nặng. Hiện tượng ho kèm co thắt thường kéo theo ói mửa và chứng ho có thể kéo dài hàng tháng.

Bệnh ho gà có thể bị lây nhiễm qua ho và hắt hơi từ người bị bệnh.

Sự đề kháng chống bệnh ho gà và tác dụng của vắc xin giảm theo thời gian. Vì vậy, một liều tăng cường thuốc chủng ngừa bệnh ho gà được khuyến khích sử dụng cho thanh thiếu niên từ 11 đến 13 tuổi để duy trì miễn dịch ở tuổi trưởng thành.

### Chủng ngừa tăng cường phòng bệnh bạch hầu - uốn ván- ho gà

Thuốc chủng ngừa bệnh bạch hầu uốn ván và ho gà có chứa một lượng nhỏ các độc tố bạch hầu và uốn ván đã được biến đổi để làm cho chúng vô hại, một phần nhỏ của các thành phần tinh lọc của ho gà, một lượng nhỏ muối nhôm và chất bảo quản.

Vắc xin tăng cường này có nồng độ thấp hơn đặc biệt là các thành phần của bệnh bạch hầu và ho gà so với vắc xin dành cho trẻ em.

Vắc xin này an toàn và được dung nạp tốt ở thanh thiếu niên.

Liều chủng ngừa kết hợp này có thể được thực hiện bất cứ lúc nào sau lần tiêm vắc-xin phòng uốn ván gần nhất.

### Các phản ứng phụ có thể có của thuốc chủng ngừa bệnh bạch hầu - uốn ván - ho gà

Hầu hết các phản ứng phụ là không đáng kể và nhanh chóng biến mất. Nếu có các phản ứng sau đây xảy ra, chúng sẽ xảy ra ngay sau khi chủng ngừa.

### Những phản ứng phụ thông thường

Những phản ứng này cho thấy hệ thống miễn dịch của các trẻ em đang đáp ứng với vắc-xin.

- Nhiệt độ cơ thể bình thường
- Đau, sưng đỏ và sưng tại vết tiêm.

- Có cục u nhỏ xuất hiện tạm thời tại vị trí mũi tiêm.
- Mệt mỏi
- Có thể bị ngứa xỉu trong vòng 30 phút sau khi chích ngừa.

Nếu các phản ứng nhẹ xảy ra, các phản ứng phụ có thể được giảm thiểu bằng cách:

- Uống thêm nước và không mặc quá ấm nếu người được tiêm chủng bị sốt
- Uống thuốc paracetamol và chườm đá, khăn ẩm lên chỗ vết tiêm.

### Phản ứng phụ cực hiếm

- Viêm niệu đạo Brachial (đau nặng vai và cánh tay trên)
- Phản ứng dị ứng nghiêm trọng

Trong trường hợp bị dị ứng nghiêm trọng, những trợ giúp y tế khẩn cấp sẽ được cung cấp. Nếu phản ứng là nghiêm trọng hoặc dai dẳng, hoặc nếu quý vị lo lắng, hãy liên lạc với bác sĩ của quý vị hoặc bệnh viện.

### Danh mục kiểm tra trước khi chủng ngừa

Trước khi con của quý vị được chủng ngừa, hãy nói với bác sĩ hoặc y tá của bạn nếu có những hiện tượng sau đây.

- Bị ốm (bệnh) trong ngày chủng ngừa (sốt cao trên 38.5°C)
- Có bất kỳ dị ứng nghiêm trọng nào
- Đã từng có phản ứng nghiêm trọng với bất kỳ loại vắc xin nào
- Đang có thai.

**Sau khi tiêm vắc-xin hãy đợi ở nơi chủng ngừa ít nhất 15 phút.**

### Thông tin bổ sung

Nếu quý vị cần lời khuyên hoặc thông tin bổ sung, vui lòng liên hệ với dịch vụ chủng ngừa của hội đồng địa phương hoặc bác sĩ địa phương.

Hoặc thăm viếng những trang mạng sau đây:

[Better Health Channel](http://www.betterhealth.vic.gov.au) <<http://www.betterhealth.vic.gov.au>>

[Immunise Australia Program](http://www.immunise.health.gov.au) <<http://www.immunise.health.gov.au>>

Nếu cần dịch vụ biên dịch và thông dịch hãy gọi số 131 450

### Chương trình Chủng ngừa Quốc gia là gì?

Đây là sáng kiến của chính phủ Úc, chính quyền tiểu bang và hội đồng địa phương, Chương trình Chủng ngừa Quốc gia có mục đích bảo vệ cộng đồng chống lại các bệnh có thể phòng ngừa bằng tiêm chủng. Vắc-xin miễn phí được cung cấp và khuyến khích cho học sinh trung học Lớp 7, như là một phần của chương trình.

Các loại chủng ngừa sau đây được đề nghị cho học sinh lớp 7 trường trung học:

- Chủng ngừa vi rút HPV ở người (hai mũi tiêm riêng ở cánh tay trên, cách nhau sáu tháng)
- Chủng ngừa bạch hầu – uốn ván – ho gà (một mũi tiêm ở cánh tay trên)

Việc chủng ngừa được quản lý bởi các y tá chủng ngừa, các y tá làm việc cho các dịch vụ tiêm chủng của hội đồng địa phương, họ đến từng trường trung học Victoria một vài lần trong một năm để chủng ngừa.

### Tại sao tôi nên cho con tôi chủng ngừa?

- Tiêm chủng là cách an toàn và hiệu quả nhất để ngăn chặn sự lây lan của nhiều bệnh truyền nhiễm.

- Sự bảo vệ bởi một số vắc-xin thời ấu nhi đã mất dần hiệu lực và cần được tăng cường ở tuổi vị thành niên và cho các loại vắc-xin khác, vị thành niên là thời điểm tốt nhất để chủng ngừa.
- Vắc xin không chỉ bảo vệ con của quý vị khỏi những căn bệnh nguy hiểm mà còn mang lại những lợi ích quan trọng cho sức khỏe lâu dài của cộng đồng.
- Nếu có đủ số người trong cộng đồng được chủng ngừa, các bệnh không còn có thể lan truyền từ người này sang người khác trong cộng đồng.
- Tại Úc, vắc xin được đăng ký sử dụng bởi Cơ quan Quản lý Dược phẩm (TGA). TGA có một hệ thống giám sát theo dõi và báo cáo các triệu chứng bất lợi sau khi chủng ngừa.

Nếu quý vị đổi ý, quý vị có thể rút lại sự chấp thuận bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với hội đồng địa phương. Xem mục các Thông tin bổ xung.

## Vào ngày chủng ngừa:

- Trẻ em cần phải được ăn sáng
- Con em quý vị nên mặc áo để vén tay để lộ cánh tay trên
- Con em quý vị có thể tiêm chủng nhiều hơn một mũi – điều này không làm tăng rủi ro của các phản ứng phụ
- Cho nhân viên chủng ngừa biết nếu con em quý vị hồi hộp lo lắng
- Biên bản của mỗi mũi tiêm chủng sẽ được cấp cho con em của quý vị - quý vị nên cất giữ ở nơi an toàn

## Mẫu đơn chấp thuận cho:

## Chủng ngừa tăng cường chống lại bệnh Vi rút sùi mào gà ở người (HPV) và bệnh bạch hầu - uốn ván - ho gà

### Chi tiết về học sinh

|                                                                                                                                         |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Số thẻ Medicare (kể cả số bên cạnh tên của trẻ em)<br>(Những người không có thẻ Medicare cũng vẫn được chích ngừa các loại vắc xin này) |                          |
| Họ                                                                                                                                      |                          |
| Tên                                                                                                                                     |                          |
| Địa chỉ                                                                                                                                 |                          |
| Mã vùng                                                                                                                                 |                          |
| Ngày sinh                                                                                                                               |                          |
| Giới tính                                                                                                                               | <xin cho biết giới tính> |
| Tên trường                                                                                                                              |                          |
| Lớp                                                                                                                                     |                          |

Học sinh có nguồn gốc Thổ Dân hoặc Người dân Đảo Torres Strait hay không? Đánh dấu câu trả lời đã chọn với dấu 'X'

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Không                            |  |
| Thổ dân                          |  |
| Dân đảo Torres Strait            |  |
| Thổ dân và dân đảo Torres Strait |  |

### Chi tiết liên lạc của phụ huynh hoặc người giám hộ

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Tên của phụ huynh hoặc người giám hộ |  |
| Số phân ban ngày                     |  |
| Số điện thoại di động                |  |
| Email                                |  |

### Chấp thuận chủng ngừa

Lời tuyên bố: Tôi được ủy quyền chấp thuận hoặc không chấp thuận cho con tôi được chủng ngừa, tôi hiểu rằng con tôi sẽ được chủng ngừa riêng biệt cho bệnh bạch hầu - bệnh uốn ván-ho gà và bệnh vi rút sùi mào gà ở người. Tôi đã đọc và hiểu các thông tin được cung cấp về tiêm chủng, bao gồm cả những rủi ro nếu không được chủng ngừa và các phản ứng phụ của việc chủng ngừa. Tôi hiểu rằng tôi có thể thảo luận về những rủi ro và lợi ích của việc chủng ngừa với hội đồng địa phương hoặc bác sĩ của tôi. Tôi hiểu rằng sự chấp thuận có thể được rút lại vào bất cứ lúc nào trước khi việc chủng ngừa diễn ra.

### Chủng ngừa bệnh sùi mào gà ở người (HPV)

Hãy đánh dấu 'X' vào những ô dưới đây cho những lựa chọn của quý vị

|                                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>CÓ, tôi đồng ý cho con tôi nhận hai liều vắc xin ngừa HPV ở trường</b><br>(hai mũi tiêm cách nhau sáu tháng) |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                              |  |                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|
| Nếu quý vị chọn câu trả lời 'Có' ở trên, xin ký tên hoặc viết tên quý vị                     |  |                          |  |
| Ngày ký mẫu đơn này.                                                                         |  |                          |  |
| <b>Không, tôi không chấp thuận cho con tôi tiêm thuốc chủng ngừa HPV vào lúc này.</b>        |  |                          |  |
| <b>Không, con tôi đã chủng ngừa HPV ở nơi khác rồi.</b>                                      |  |                          |  |
| <b>Nếu con của quý vị đã chủng ngừa HPV ở nơi khác, hãy viết ngày thực hiện mỗi mũi tiêm</b> |  |                          |  |
| Liều thứ nhất:                                                                               |  | Liều thứ hai:            |  |
|                                                                                              |  | Liều thứ ba:<br>(nếu có) |  |

## Chủng ngừa tăng cường phòng bệnh bạch hầu - uốn ván - ho gà

Hãy đánh dấu 'X' vào những ô dưới đây cho những lựa chọn của quý vị

|                                                                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>CÓ, tôi đồng ý cho con tôi được tiêm thuốc chủng ngừa ho gà bệnh bạch hầu - uốn ván - ho gà ở trường (một lần tiêm).</b> |  |
| Nếu quý vị chọn câu trả lời 'Có' ở trên, xin ký tên hoặc viết tên quý vị                                                    |  |
| Ngày ký mẫu đơn này.                                                                                                        |  |
| <b>Không, tôi không chấp thuận cho con tôi tiêm thuốc chủng ngừa bạch hầu – ho gà – uốn ván vào lúc này.</b>                |  |
| <b>Không, con tôi đã được tiêm chủng tăng cường bạch hầu – uốn ván – ho gà ở nơi khác rồi.</b>                              |  |

Nếu con của quý vị sẽ được tiêm chủng, vui lòng viết ở đây bất kỳ tình trạng bệnh tật nào đã có trước, dị ứng nghiêm trọng hoặc phản ứng nghiêm trọng trước đó đối với việc tiêm chủng.

## Cam kết bảo mật

Chương trình Chủng ngừa cho lớp 7 Trường Trung học được tài trợ bởi chính phủ Úc và chính quyền tiểu bang Victoria và do các hội đồng địa phương cung cấp. Theo Đạo luật Sức khỏe và An sinh Cộng đồng 2008, các hội đồng địa phương có trách nhiệm phối hợp và cung cấp các dịch vụ tiêm chủng cho trẻ em đi học trong khu vực hội đồng thành phố.

Các hội đồng địa phương cam kết bảo vệ sự riêng tư, bảo mật thông tin cá nhân, phù hợp với *Đạo luật quyền Riêng tư và Bảo mật dữ liệu 2014* và *Đạo luật về Y tế 2001*.

Các hội đồng địa phương báo cáo việc chủng ngừa thông qua những chương trình ở trường học tại Cơ quan Đăng ký Chủng Ngừa của Úc (AIR). Các chi tiết nhận dạng cá nhân sẽ được giữ kín. Các chi tiết này nhằm mục đích cải thiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tất cả trẻ em Victoria. Ngoài ra các chi tiết cá nhân cho phép ứng dụng các công cụ như hệ thống thu hồi và nhắc nhở để cải thiện tỷ lệ tiêm chủng. Điều này rất quan trọng để cải thiện tỷ lệ tiêm chủng nói chung. Các cá nhân sẽ có quyền truy cập vào hồ sơ tất cả các lần chủng ngừa ghi trong AIR của họ. Thống kê toàn bộ dữ liệu chủng ngừa có thể được tiết lộ cho chính phủ tiểu bang Victoria để theo dõi, tài trợ và cải tiến Chương trình Chủng ngừa Lớp 7 Trung học. Những thông tin này không xác định danh tính bất cứ cá nhân nào.

Thông tin liên quan đến quý vị hoặc con em của quý vị sẽ chỉ được sử dụng hoặc tiết lộ cho các mục đích liên quan trực tiếp đến việc chủng ngừa của con em quý vị một cách hợp lý. Điều này có thể bao gồm việc chuyển giao hoặc trao đổi thông tin liên quan với bác sĩ gia đình của quý vị, với bác sĩ đa khoa của con em quý vị, với một cơ sở y tế hoặc bệnh viện hoặc một hội đồng địa phương khác. Hội đồng địa phương có thể cung cấp cho quý vị

những thông tin liên quan đến chương trình chủng ngừa ở trường học qua SMS hoặc email. Quý vị có thể truy cập dữ liệu của con em quý vị bằng cách liên hệ với hội đồng địa phương nơi các em đi học.

## Dành cho văn phòng

| Vắc xin            | Ngày tiêm chủng | Viết tắt tên Y tá | Vị trí: Cánh tay Trên/Dưới |
|--------------------|-----------------|-------------------|----------------------------|
| HPV Liều thứ nhất: |                 |                   |                            |
| HPV Liều thứ hai:  |                 |                   |                            |

| Vắc xin                    | Ngày tiêm chủng | Viết tắt tên Y tá | Vị trí: Cánh tay Trên/Dưới |
|----------------------------|-----------------|-------------------|----------------------------|
| Bạch hầu – Uốn ván – Ho gà |                 |                   |                            |

Được ủy quyền bởi Chính quyền bang Victoria, Victorian Government, 1 Treasury Place, Melbourne © State of Victoria, Bộ Y tế và Dịch vụ Dân sinh, Tháng 10 2019. (1710008)



# Year 7 Secondary School Vaccine Program consent form

Complete, sign and return to school

## How to complete the form

1. Read the information provided.
2. Complete the Vaccine consent section for each vaccine program and sign or type your name if a Yes.
3. Return the consent sections to the school even if you do not want your child to be vaccinated.

Contact your local council for more information. See the Further information section.

## Human papillomavirus (HPV) information

### 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®9 protects against seven HPV types which cause over 90 per cent of cervical cancer in women and over 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 given at a younger age and when it is given to someone before they become sexually active. The vaccine prevents disease but does not treat existing HPV infections.

By vaccinating your child you are preventing them from being infected with a cancer-causing virus.

### How is the vaccine given?

For children aged 14 years and under at the time of the first dose, the HPV vaccine consists of two injections given into the upper arm with the second dose given at least six months after the first. Please read the pre-immunisation checklist to see if your child needs three doses.

### How long will vaccine protection last?

Recent studies have shown good continuing protection against HPV lasting for over 10 years to date. Studies are ongoing to determine if a booster dose will be necessary in the future but this is not thought to be likely.

### How safe is the HPV vaccine?

It is safe and well tolerated. Worldwide over 200 million doses have been given over the last decade. 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. Having regular cervical screening tests further reduces the risk of developing cervical cancer.

## What are the possible side effects?

### Common side effects

These indicate that your child's immune system is responding to the vaccine.

- 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, 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.

### 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

Some children need a three-dose course of Gardasil®9 vaccine.

To ensure your child receives the correct spacing of the three doses, your child must attend their GP or a local council immunisation service.

Three doses of Gardasil®9 vaccine are recommended for:

- a child aged 15 years or over
- a child who has a disease or is having treatment which causes low immunity (for example HIV/AIDS, rheumatoid arthritis, cancer, radiotherapy, chemotherapy or significant immunosuppressive treatment).

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.**

# Diphtheria, tetanus and whooping cough information

## Diphtheria

Diphtheria is caused by bacteria which are found in the mouth, throat and nose. Diphtheria causes a membrane to grow around the inside of the throat. This can make it difficult to swallow, breathe and can even lead to suffocation.

The bacteria produce a poison which can spread around the body and cause serious complications such as paralysis and heart failure. Around 10 per cent of people who contract diphtheria die from it.

Diphtheria can be caught through coughs and sneezes from an infected person.

## Tetanus

Tetanus is caused by bacteria which are present in soils, dust and manure.

The bacteria can enter the body through a wound which may be as small as a pin prick. Tetanus cannot be passed from person to person.

Tetanus is an often fatal disease which attacks the nervous system. It causes muscle spasms first felt in the neck and jaw muscles. Tetanus can lead to breathing difficulties, painful convulsions and abnormal heart rhythms.

Because of the effective vaccine, tetanus is now rare in Australia, but it still occurs in adults who have never been immunised against the disease or who have not had their booster vaccines.

## Whooping cough

Whooping cough is a highly contagious disease which affects the air passages and breathing. The disease causes severe coughing spasms. Coughing spasms are often followed by vomiting and the cough can last for months.

Whooping cough can be caught through coughs or sneezes from an infected person.

Protection against whooping cough both from the disease and the vaccine decreases over time. Therefore a booster dose of whooping cough vaccine is recommended for adolescents aged between 11 and 13 years to maintain immunity into adulthood.

## Diphtheria-tetanus-whooping cough booster vaccine

The diphtheria-tetanus-whooping cough booster vaccine contains a small amount of diphtheria and tetanus toxins which are modified to make them harmless, small parts of purified components of whooping cough, a small amount of aluminium salt and preservative.

This booster vaccine has lower concentrations particularly of diphtheria and whooping cough components compared with the children's vaccine.

The vaccine is safe and well tolerated in adolescents.

This combination vaccine can be given any time after a recent tetanus-containing vaccine is given.

## Possible side effects of diphtheria-tetanus-whooping cough booster vaccine

Most side effects are minor and quickly disappear. If the following reactions occur, it will be soon after the vaccination.

### Common side effects

These indicate that your child's immune system is responding to the vaccine.

- Mild temperature
- Pain, redness and swelling at the injection site
- A temporary small lump at the injection site
- Feeling unwell
- Fainting may occur up to 30 minutes after any vaccination.

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**

- Brachial neuritis (severe pain, shoulder and upper arm)
- 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 the following websites:

[Better Health Channel](http://www.betterhealth.vic.gov.au) <<http://www.betterhealth.vic.gov.au>>

[Immunise Australia Program](http://www.immunise.health.gov.au) <<http://www.immunise.health.gov.au>>

Translating and interpreting service call 131 450

### **What is the National Immunisation Program?**

An Australian government, state government and local council initiative, the National Immunisation Program aims to protect the community from vaccine preventable diseases. As part of the program, free vaccines are offered to, and recommended for, Year 7 secondary school students.

The following vaccines are recommended for Year 7 secondary school students:

- Human papillomavirus (HPV) (two separate injections in the upper arm, over six months apart)
- Diphtheria-tetanus-whooping cough (a single injection in the upper arm).

Vaccines are administered by immunisation nurses, employed by local council immunisation services, who visit each Victorian secondary school a number of times a year.

### **Why should I have my child immunised?**

- Immunisation is the safest and most effective way to stop the spread of many infectious diseases.
- The protection provided by some childhood vaccines fades and needs to be boosted in adolescence and for other vaccines, adolescence is the best time for the vaccine to be given.
- Vaccines not only protect your child from harmful diseases, but offer important benefits for the long-term health of the community.
- If enough people in the community are immunised, the diseases can no longer be spread from person to person in the community.

- In Australia, vaccines are registered for use by the Therapeutic Goods Administration (TGA). The TGA has a surveillance system which monitors and reports adverse events following immunisation.

If you change your mind, you can withdraw your consent at any time by contacting your local council. See the Further information section.

## On the day of the vaccinations:

- your child should have breakfast
- your child should wear a top that is suitable for the upper arm/s to be exposed
- your child may have more than one injection – this will not increase risk of side effects
- notify immunisation staff if your child is anxious
- a record of each vaccine administered will be given to your child – store this safely.

## Consent form for:

# Human papillomavirus (HPV) vaccine consent and Diphtheria-tetanus-whooping cough booster vaccine

## Student details

|                                                                                                                           |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Medicare number (including number beside child's name)<br>(Non-Medicare cardholders are also eligible for these vaccines) |                          |
| Surname                                                                                                                   |                          |
| First name                                                                                                                |                          |
| Postal address                                                                                                            |                          |
| Postcode                                                                                                                  |                          |
| Date of birth                                                                                                             |                          |
| Gender                                                                                                                    | <please indicate gender> |
| School name                                                                                                               |                          |
| Class                                                                                                                     |                          |

Is this person of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? Mark chosen response with an 'X'

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| No                                    |  |
| Aboriginal                            |  |
| Torres Strait Islander                |  |
| Aboriginal and Torres Strait Islander |  |

## Parent or guardian contact details

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Name of parent or guardian |  |
| Daytime phone              |  |
| Mobile                     |  |
| Email                      |  |

## Vaccine consent

Declaration: I am authorised to give consent or non-consent for my child to be vaccinated and by giving consent, I understand my child will be given separate vaccines for diphtheria-tetanus-whooping cough, and human papillomavirus. 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 vaccines. 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.

## Human papillomavirus (HPV) vaccine

Please mark your chosen response, below, with an 'X'.

|                                                                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>YES, I consent to my child receiving two doses of HPV vaccine at school</b><br>(two injections, six months apart). |  |
| If you have selected 'Yes' above please sign or type your name.                                                       |  |

|                                                                                           |  |           |  |                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|------------------------------|--|
| Date you signed this form.                                                                |  |           |  |                              |  |
| <b>No, I do not consent to my child receiving the HPV vaccine at this time.</b>           |  |           |  |                              |  |
| <b>No, my child has had the HPV vaccine elsewhere.</b>                                    |  |           |  |                              |  |
| <b>If your child has had the HPV vaccine elsewhere please type the dates of each dose</b> |  |           |  |                              |  |
| 1st dose:                                                                                 |  | 2nd dose: |  | 3rd dose:<br>(if applicable) |  |

## Diphtheria-tetanus-whooping cough booster vaccine

Please mark your chosen response, below, with an 'X'.

|                                                                                                                              |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>YES, I consent to my child receiving the diphtheria-tetanus-whooping cough booster vaccine at school (one injection).</b> |  |  |
| If you have selected 'Yes' above please sign or type your name.                                                              |  |  |
| Date you signed this form.                                                                                                   |  |  |
| <b>No, I do not consent to my child receiving the diphtheria-tetanus-whooping cough booster vaccine at this time.</b>        |  |  |
| <b>No, my child has had the diphtheria-tetanus-whooping cough booster vaccine elsewhere.</b>                                 |  |  |

|                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>If your child is being vaccinated, please type here any pre-existing medical condition, severe allergies or previous severe reaction to vaccination.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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 vaccines given through school programs to the Australian Immunisation Register (AIR). Personal identifying details will be kept confidential. These details are for the purpose of providing targeted improved health services for all Victorian children. In addition the details enable tools such as recall and reminder systems to improve vaccination rates. This is important to improve immunisation rates overall. Individuals will have access to their record of all vaccines recorded in the AIR. 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.

The vast majority of people complete and return this form. Thank you for returning yours.

## Office use only

| Vaccine       | Vaccination date | Nurse initials | Site: L/R arm |
|---------------|------------------|----------------|---------------|
| HPV 1st dose: |                  |                |               |
| HPV 2nd dose: |                  |                |               |

| Vaccine                           | Vaccination date | Nurse initials | Site: L/R arm |
|-----------------------------------|------------------|----------------|---------------|
| Diphtheria-tetanus-whooping cough |                  |                |               |

Authorised and published by the Victorian Government, 1 Treasury Place, Melbourne. © State of Victoria, Department of Health and Human Services, September 2019. (1710008)