

Програм вакцинације против бактерије менингитиса W у средњим школама

1. Прочитајте информације о бактерији менингитиса W.
 2. Попуните поглавље сагласности за вакцинацију и потпишите ако сте одговорили „Да“.
 3. Одвојте образац сагласности 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 W

Бактерија менингитиса W

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) бактерија менингитиса, познатих по словима абетеде, укључујући бактерије менингитиса А, В, С, W и Y. Последњих година број заражених бактеријом менингитиса W се повећао широм Аустралије, при чему је у Викторији у 2016. било 48 случајева, у поређењу са 17 случајева у 2015., четири у 2014. и једног у 2013.

То је сада најчешћи тип менингитиса у Викторији.

Вакцина која садржи бактерију менингитиса W

Вакцина која садржи бактерију менингитиса W 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. Поред типа W, четворострука 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 W.

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



IMMUNISE
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

Ако дође до благих реакција, контраиндикације се могу умањити 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 слаби, или 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, мај 2017 (1702019)

Образац сагласности за примање вакцине против менингитиса W

1. Прочитајте информације о бактерији менингитиса W.
2. Попуните поглавље сагласности за вакцинацију и потпишите ако сте одговорили „Да“.
3. Одвојте образац сагласности 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: 1234 98765 7 3	(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 Аборидин или са Острва у Мореузу Торес? (молимо вас означити) ☒ Не ☐ Аборидин ☐ Са Острва у Мореузу Торес ☐ Аборидин 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

Изузетно: За сва овлашћена/овлашћена да да сагласност или да не да сагласност да моје дете буде вакцинисано. Ја сам прочитао/прочитала и разумем информације које су ми дате о вакцинацији, укључујући разлике 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 W у школи.	
Вакцина која садржи бактерију менингитиса W је комбинована четворострука вакцина за заштиту од бактерија менингитиса типа A, C, W и Y (једна инјекција).	
Потпис родитеља/старатеља:	Датум: / /
☐ ИЛИ	
☐ Не, ја не дајем сагласност да моје дете сада добије вакцину против бактерије менингитиса W.	
☐ ИЛИ	
☐ Не, моје дете је добило вакцину против бактерије менингитиса W 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 W је програм вакцинације коју финансира Викторијска влада. Вакцине даје медицинска сестра за имунизацију запослена у општинској служби за имунизацију, која поседује свом својом именом у Викторији или потпуног држављанина. Служба Заступника Заступника и добротворилаца из 2008. (Public Health and Wellbeing Act 2008) и општинске службе за координацију и давање услуга имунизације дане које поклапају на основу дате општине. Општине су обавезне да дате приватност, одговорност и безбедност личних информација сагласно Закону о приватности и заштити података из 2014. (Privacy and Data Protection Act 2014) и Закону о државној документацији из 2001. (Records Act 2001).

Општине извештавају Аустралијски регистар имунизације (Australian Immunisation Register (AIR)) о свим вакцинама дати одраслим особама кроз школске програме. Подаци на основу којих се може утврдити да ли је дете вакцинисано. То ће побољшати здравље као што су системи за показивање и подизање у циљу повећања стопе вакцинације. Службени подаци о имунизацији могу бити отворени Викторијској влади у циљу надзора, финансирања и побољшања Програма имунизације против Бактерије менингитиса W у државним школама. Ове информације не отичују из општег здравственог података.

Информације у овом асу или вашег детета ће бити коришћене или отворене за циљеве у државној влади са имунизацијом вашег детета и на начин који би ви разумно очекивали. То може да укључује пренос или размену релевантних информација вашим лекару опште праксе, лекару опште праксе вашег детета, и/или државној служби која се бави лечењем или болешћу, или другом општинском. Општине дају ове информације у вези са општинским програмом вакцинације путем СМС поруке или имејлом. Већина општине пружају податке вашег детета ако се јавите општини на чијој подршци ваше дете иде у школу.

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

Образац сагласности за примање вакцине против менингитиса W

- Прочитајте информације о бактерији менингитиса W.
- Попуните поглавље сагласности за вакцинацију и потпишите ако сте одговорили „Да“.
- Одвојте образац сагласности 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 W у школи.**

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

Потпис родитеља/старатеља:Датум: / /

ИЛИ

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

ИЛИ

☐ **Не, моје дете је добило вакцину против бактерије менингитиса W 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. Програма вакцинације против бактерије менингитиса W је програма вакцинације који финансира Викторијска 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 алатке 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 W 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 W Secondary School Vaccine Program

1. Read the Meningococcal W 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 W information

Meningococcal W

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 the meningococcal W strain has increased across Australia, with Victoria experiencing 48 cases in 2016, compared to 17 cases in 2015, four in 2014 and one in 2013. It is now the predominant strain in Victoria.

Meningococcal W-containing vaccine

The Meningococcal W-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. In addition to the W strain, the four-in-one vaccine will boost adolescents with the C strain they had as a baby and protect against the A and Y strains.

Possible side effects of meningococcal W 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



IMMUNISE
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, May 2017 (1702019)

Meningococcal W vaccine consent form

1. Read the Meningococcal W 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	1234 5678 9012 (Number beside child's name)
Surname: CITIZEN	First name: ELIZA
Postal address: 20 BLOCK STREET MELBOURNE	
Postcode: 3000	Date of birth: 18 / 10 / 2000 ☒ Female ☐ Male
School: BLOCK HIGH SCHOOL	Class: 11A
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: 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)	
☐ YES, I CONSENT to my child receiving the Meningococcal W vaccine at school.	
The Meningococcal W-containing 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 W vaccine elsewhere.	
Please note any pre-existing medical condition, severe allergies or previous severe reaction to vaccination.	
Privacy statement. The meningococcal W vaccine program is a Victorian 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 W 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

Meningococcal W vaccine consent form

1. Read the Meningococcal W 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 W vaccine at school.**

The Meningococcal W-containing 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 W vaccine elsewhere.**

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

Privacy statement. The meningococcal W vaccine program is a Victorian 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 W 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