

Vắc-xin phòng bệnh vi-rút u nhú ở người (HPV)

Áp dụng cho học sinh phổ thông trung học lớp 7

Hãy đọc thông tin này.

Điền vào mẫu chấp thuận **kể cả khi không chủng ngừa**.

Gửi lại mẫu chấp thuận cho nhà trường.

- Hội đồng Thành phố địa phương sẽ sớm đến thăm nhà trường theo chương trình chủng ngừa này.
- Vắc-xin chủng ngừa trong năm nay có sẵn miễn phí tại trường học, bác sĩ hoặc dịch vụ chủng ngừa của Hội đồng Thành phố địa phương.
- Đọc danh sách kiểm tra trước khi chủng ngừa và thảo luận mọi vấn đề sức khỏe với người thực hiện chủng ngừa trước khi con quý vị được chủng ngừa.
- Con quý vị có thể cần phải tiêm chích nhiều hơn một lần trong một ngày để phòng các bệnh khác nhau. Việc này sẽ không làm tăng nguy cơ con quý vị bị phản ứng vắc-xin.
- Quý vị phải gửi lại mẫu chấp thuận cho nhà trường ngay cả khi con quý vị không được chủng ngừa, vì điều này giúp cải thiện các dịch vụ y tế được cung cấp.

Bệnh vi-rút u nhú ở người là gì?

HPV là một loại vi-rút rất phổ biến ở cả nam và nữ. Rất dễ bị nhiễm một hoặc nhiều loại HPV một thời gian ngắn sau khi bắt đầu có hoạt động tình dục tích cực. Hầu hết các trường hợp nhiễm HPV không có triệu chứng biểu hiện và sẽ biến mất khỏi cơ thể trong vòng chưa đầy một năm nên người bệnh không hề biết mình bị mắc bệnh. Một số loại HPV có thể gây ra mụn cóc sinh dục và một vài bệnh ung thư, bao gồm ung thư cổ tử cung ở phụ nữ, ung thư vùng sinh dục ở cả nam và nữ, và một vài bệnh ung thư ở miệng và họng.

Chủng ngừa vắc-xin HPV có những lợi ích gì?

Vắc-xin HPV GARDASIL® bảo vệ chống lại hai loại HPV gây ra 70% các bệnh ung thư cổ tử cung ở phụ nữ và 90% các bệnh ung thư liên quan đến HPV ở nam giới. Nó cũng bảo vệ chống lại hai loại HPV gây ra 90% bệnh mụn cóc sinh dục.

Vắc-xin sẽ cung cấp bảo vệ tốt nhất cho người được chích ngừa nếu họ được chích ngừa trước khi có hoạt động tình dục tích cực. Vắc-xin chỉ có tác dụng ngăn ngừa bệnh chứ không dùng để điều trị bệnh nhiễm HPV.

Chủng ngừa bằng cách nào?

Vắc-xin HPV bao gồm 3 mũi được chích vào phần trên cánh tay trong thời gian 6 tháng.

Vắc-xin sẽ bảo vệ trong bao lâu?

Các nghiên cứu gần đây cho thấy việc bảo vệ chống lại HPV đang có hiệu quả tốt. Các nghiên cứu vẫn đang được tiến hành để xác định liệu có cần một liều tăng cường trong tương lai hay không.

Vắc-xin HPV an toàn ra sao?

Vắc-xin này an toàn và dung nạp tốt. Hàng triệu liều đã được chích ngừa trên toàn thế giới. Nó không chứa HPV, nhưng thể hiện vừa đủ giống với vi-rút khiến cho cơ thể sản sinh ra kháng thể ngăn chặn sự viêm nhiễm HPV.

Sau này các cô gái có cần làm xét nghiệm cổ tử cung không?

Có. Vì vắc-xin không ngăn ngừa được tất cả các loại nhiễm HPV gây ra ung thư cổ tử cung, nên sau này phụ nữ vẫn cần xét nghiệm cổ tử cung. Cần làm xét nghiệm cổ tử cung cho tất cả phụ nữ, 2 năm một lần kể từ khi lên 18 tuổi hoặc 2 năm sau khi có hoạt động tình dục tích cực, tùy thời điểm nào xảy ra sau. Việc định kỳ xét nghiệm cổ tử cung sẽ làm giảm hơn nữa nguy cơ mắc bệnh ung thư cổ tử cung.

Dịch vụ Biên dịch
và Thông dịch
Gọi số 131 450



Có thể có những tác dụng phụ gì?

Những tác dụng phụ thông thường

- Đau, tấy đỏ và sưng tại chỗ chích ngừa
- Nổi cục nhỏ tạm thời tại chỗ chích ngừa
- Sốt nhẹ
- Cảm thấy không khỏe
- Đau đầu
- Có thể bị ngứa trong vòng 30 phút sau khi chích ngừa.

Nếu những phản ứng nhẹ xảy ra, có thể giảm tác dụng phụ bằng cách:

- uống nhiều nước và không mặc quá nhiều quần áo nếu bị sốt
- Đắp một miếng vải ướt lạnh lên chỗ chích ngừa bị đau.
- dùng paracetamol để giảm sự khó chịu.

Những tác dụng phụ ít thấy

- Phát ban hoặc nổi mề đay

Bất cứ ai bị phát ban hoặc nổi mề đay sau khi chích ngừa vắc-xin cần trao đổi với người thực hiện chủng ngừa trước khi chích ngừa liều tiếp theo loại vắc-xin đó.

Phản ứng phụ hiếm thấy

- Một phản ứng dị ứng nghiêm trọng, ví dụ sưng mặt hoặc khó thở

Trong trường hợp có phản ứng dị ứng nghiêm trọng, cần phải được chăm sóc y tế ngay. Nếu có phản ứng nghiêm trọng hoặc kéo dài, hoặc nếu quý vị lo lắng, hãy liên lạc với bác sĩ hoặc bệnh viện.

Danh sách kiểm tra trước khi chủng ngừa

Trước khi con quý vị được chủng ngừa, hãy cho bác sĩ hoặc y tá biết nếu có bất cứ điều nào dưới đây.

- Không khỏe vào ngày chủng ngừa (nhiệt độ cơ thể trên 38,5°C)
- Đã từng có phản ứng nghiêm trọng với bất kỳ loại vắc-xin nào
- Có bất cứ dị ứng nghiêm trọng nào, ví dụ phản ứng sốc phản vệ với nấm men
- Đang mang thai.

Sau khi chủng ngừa, hãy lưu lại tại địa điểm chủng ngừa ít nhất 15 phút.

Để biết thêm thông tin

www.betterhealth.vic.gov.au

www.hpvvaccine.org.au

www.cancerscreening.gov.au

www.hpvregister.org.au

immunehero.health.vic.gov.au

Điền mẫu chấp thuận như thế nào

Hãy đọc thông tin này.

Điền vào mẫu chấp thuận kể cả khi không chủng ngừa.

Gửi lại mẫu chấp thuận cho nhà trường.

Đối với tất cả trẻ em

Vui lòng điền chi tiết của trẻ.

Sau đó

Hoàn thành phần này nếu quý vị muốn con quý vị được chủng ngừa.

Hoặc

Hoàn thành phần này nếu quý vị không muốn con quý vị được chủng ngừa.

Mẫu chấp thuận chủng ngừa vắc-xin phòng bệnh vi-rút u nhú ở người (HPV)

Áp dụng cho học sinh phổ thông trung học lớp 7

Hãy đọc thông tin này.

Điền vào mẫu chấp thuận kể cả khi không chủng ngừa.

Gửi lại mẫu chấp thuận cho nhà trường.

Chi tiết học sinh

Số Medicare: 1234 56789 3 4 (Số bên cạnh tên của trẻ)

Họ: CÔNG DÂN Tên: MARK

Địa chỉ cư trú: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

Mã bưu điện: 3000 Ngày sinh: 18/10/2000 Giới tính: ☒ Nữ ☐ Nam

Trường: TRƯỜNG TRUNG HỌC BLOCK Nhóm: 7A

Người này có nguồn gốc thổ dân hoặc Đảo Torres Strait không? (hãy đánh dấu tích)

☒ Không ☐ Thổ dân ☐ Đảo Torres Strait ☐ Thổ dân và Đảo Torres Strait

Chi tiết liên lạc của cha/mẹ hoặc người giám hộ

Họ: CÔNG DÂN Tên: SUSAN

Email: parentorguardian@internetprovider.com

Số điện thoại ban ngày: 9123 4567 Điện thoại di động: 0404 123 456

Cha/mẹ/người giám hộ, hãy ký tên vào đây nếu quý vị đồng ý cho con quý vị được chủng ngừa vắc-xin phòng bệnh vi-rút u nhú ở người (HPV) ở trường học.

Tôi đã đọc và hiểu các thông tin được cung cấp cho tôi về chủng ngừa, bao gồm cả những nguy cơ mắc bệnh và tác dụng phụ của vắc-xin. Tôi hiểu rằng tôi đang chấp thuận cho việc chích ngừa ba liều vắc-xin HPV trong thời gian từ 4 đến 6 tháng. Tôi đã tạo cơ hội thảo luận về vắc-xin này với người thực hiện chủng ngừa. Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ chấp thuận này vào bất cứ thời điểm trước khi việc chủng ngừa được thực hiện. Tôi hiểu rằng người thực hiện chủng ngừa sẽ lưu hồ sơ các chi tiết chủng ngừa và rằng chi tiết chủng ngừa của con tôi sẽ được chuyển đến cơ quan Đăng ký Chương trình Chủng ngừa HPV Toàn quốc.

☐ CÓ, TÔI CHẤP THUẬN cho việc chủng ngừa vắc-xin phòng bệnh vi-rút u nhú ở người (HPV) (hãy đánh dấu tích)

Tôi được quyền đưa ra chấp thuận chủng ngừa cho trẻ nêu trên.

Tên của cha/mẹ/người giám hộ (chữ in):

Chữ ký của cha/mẹ/người giám hộ:

Ngày: / /

Không, Tôi không chấp thuận cho việc chủng ngừa vắc-xin HPV.

Sau khi đọc các thông tin cung cấp, tôi không muốn con tôi được chủng ngừa vắc-xin HPV.

Chữ ký của cha/mẹ/người giám hộ:

Ngày: / /

Tuyên bố bảo mật: Chương trình Chủng ngừa Lớp 7 Trung học được Chính phủ Úc và Chính phủ Victoria tài trợ và được các Hội đồng Thành phố địa phương cung cấp. Theo Luật Sức khỏe và Phúc lợi Cộng đồng (Public Health and Wellbeing Act) 2008, hội đồng thành phố địa phương có trách nhiệm điều phối và cung cấp các dịch vụ chủng ngừa cho trẻ em ở học trong độ tuổi của hội đồng. Hội đồng thành phố địa phương cam kết bảo vệ quyền riêng tư, bảo mật và an toàn các thông tin cá nhân theo Luật Bảo vệ Quyền riêng tư và Dữ liệu (Privacy and Data Protection Act) 2014 và Luật Hồ sơ Y tế (Health Records Act) 2001.

Hội đồng thành phố địa phương báo cáo cho cơ quan Đăng ký Tiêm chủng Học đường Úc (Australian School Vaccination Register) (ASVR) mọi trường hợp tiêm vắc-xin cho trẻ và thành niên thông qua các chương trình học đường. Chi tiết nhận dạng cá nhân sẽ được gửi đi một cách an toàn. Do sẽ là những công cụ như hệ thống thu hồi và nhắc nhở để cá nhân tự ý tiêm chủng ở trẻ vị thành niên. Điều này là quan trọng để cá nhân tự ý tiêm chủng nếu chúng. Các cá nhân sẽ được truy cập hồ sơ tiêm chủng của mình được ghi trong Đăng ký Tiêm chủng Úc và ASVR. Dữ liệu tiêm chủng tổng hợp có thể được tiết lộ cho chính phủ Victoria cho mục đích giám sát, tài trợ và cải thiện Chương trình Chủng ngừa Lớp 7 Trung học. Thông tin này không xác định danh tính bất cứ cá nhân nào.

Thông tin liên quan đến quý vị hoặc con quý vị sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ cho những mục đích liên quan trực tiếp đến việc tiêm chủng của con quý vị và theo những cách hợp lý theo sự kỳ vọng của quý vị. Nó có thể bao gồm việc chuyển giao hoặc trao đổi thông tin liên quan cho bác sĩ của quý vị, bác sĩ của con quý vị, một dịch vụ y tế hoặc bệnh viện khác hoặc một hội đồng thành phố địa phương khác. Hội đồng thành phố địa phương có thể cung cấp cho quý vị thông tin liên quan đến chương trình chủng ngừa học đường bằng SMS hoặc email. Quý vị có thể truy cập dữ liệu của con mình bằng cách liên lạc với hội đồng thành phố địa phương nơi con quý vị đi học.

Danh cho văn phòng sử dụng

Ngày chích liều đầu tiên:

Chữ ký nháy của y tá:

Để nhận tài liệu này ở định dạng đọc được, hãy gửi email tới: immunisation@health.vic.gov.au

Được phép và xuất bản bởi Chính phủ Tiểu bang Victoria, 1 Treasury Place, Melbourne. © Bộ Y tế, Tháng 7 năm 2014 (1607016)

Mẫu chấp thuận chủng ngừa vắc-xin phòng bệnh vi-rút u nhú ở người (HPV)

Áp dụng cho học sinh phổ thông trung học lớp 7

Hãy đọc thông tin này.

Điền vào mẫu chấp thuận **kể cả khi không chủng ngừa**.

Gửi lại mẫu chấp thuận cho nhà trường.

Chi tiết học sinh

Số Medicare: (Số bên cạnh tên của trẻ)

Họ: Tên:

Địa chỉ cư trú:

Mã bưu điện: Ngày sinh: / / Giới tính: ☐ Nữ ☐ Nam

Trường: Nhóm:

Người này có nguồn gốc thổ dân hoặc Đảo Torres Strait không? (hãy đánh dấu tích)

☐ Không ☐ Thổ dân ☐ Đảo Torres Strait ☐ Thổ dân và Đảo Torres Strait

Chi tiết liên lạc của cha/mẹ hoặc người giám hộ

Họ: Tên:

Email:

Số điện thoại ban ngày: Điện thoại di động:

Cha/mẹ/người giám hộ, hãy ký tên vào đây nếu quý vị đồng ý cho con quý vị được chủng ngừa vắc-xin phòng bệnh vi-rút u nhú ở người (HPV) ở trường học.

Tôi đã đọc và hiểu các thông tin được cung cấp cho tôi về chủng ngừa, bao gồm cả những nguy cơ mắc bệnh và tác dụng phụ của vắc-xin. Tôi hiểu rằng tôi đang chấp thuận cho việc chích ngừa ba liều vắc-xin HPV trong thời gian từ 4 đến 6 tháng. Tôi đã được tạo cơ hội thảo luận về vắc-xin này với người thực hiện chủng ngừa. Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ chấp thuận này vào bất cứ thời điểm nào trước khi việc chủng ngừa được thực hiện. Tôi hiểu rằng người thực hiện chủng ngừa sẽ lưu hồ sơ các chi tiết chủng ngừa và rằng chi tiết chủng ngừa của con tôi sẽ được chuyển đến cơ quan Đăng ký Chương trình Chủng ngừa HPV Toàn quốc.

☐ **CÓ, TÔI CHẤP THUẬN** cho việc chủng ngừa vắc-xin phòng bệnh vi-rút u nhú ở người (HPV) (hãy đánh dấu tích)

Tôi được quyền đưa ra chấp thuận chủng ngừa cho trẻ nêu trên.

Tên của cha/mẹ/người giám hộ (chữ in):

Chữ ký của cha/mẹ/người giám hộ: Ngày: / /

Không. Tôi không chấp thuận cho việc chủng ngừa vắc-xin HPV.

Sau khi đọc các thông tin cung cấp, tôi không muốn con tôi được chủng ngừa vắc-xin HPV.

Chữ ký của cha/mẹ/người giám hộ: Ngày: / /

Tuyên bố bảo mật. Chương trình Chủng ngừa Lớp 7 Trung học được Chính phủ Úc và Chính phủ Victoria tài trợ và được các Hội đồng Thành phố địa phương cung cấp. Theo *Luật Sức khỏe và Phúc lợi Cộng đồng (Public Health and Wellbeing Act) 2008*, hội đồng thành phố địa phương có trách nhiệm điều phối và cung cấp các dịch vụ chủng ngừa cho trẻ em đi học trong địa bàn của hội đồng. Hội đồng thành phố địa phương cam kết bảo vệ quyền riêng tư, bảo mật và an toàn các thông tin cá nhân theo Luật Bảo vệ Quyền riêng tư và Dữ liệu (*Privacy and Data Protection Act*) 2014 và Luật Hồ sơ Y tế (*Health Records Act*) 2001.

Hội đồng thành phố địa phương báo cáo cho cơ quan Đăng ký Tiêm chủng Học đường Úc (Australian School Vaccination Register) (ASVR) mọi trường hợp tiêm vắc-xin cho trẻ vị thành niên thông qua các chương trình học đường. Chi tiết nhận dạng cá nhân sẽ được giữ bí mật. Đó sẽ là những công cụ như hệ thống thu hồi và nhắc nhở để cải thiện tỷ lệ tiêm chủng ở trẻ vị thành niên. Điều này là quan trọng để cải thiện tỷ lệ tiêm chủng nói chung. Các cá nhân sẽ được truy cập hồ sơ tiêm chủng của mình được ghi trong Đăng ký Tiêm chủng Úc và ASVR. Dữ liệu tiêm chủng tổng hợp có thể được tiết lộ cho chính phủ Victoria cho mục đích giám sát, tài trợ và cải thiện Chương trình Chủng ngừa Lớp 7 Trung học. Thông tin này không xác định danh tính bất cứ cá nhân nào.

Thông tin liên quan đến quý vị hoặc con quý vị sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ cho những mục đích liên quan trực tiếp đến việc tiêm chủng của con quý vị và theo những cách hợp lý theo sự kỳ vọng của quý vị. Nó có thể bao gồm việc chuyển giao hoặc trao đổi thông tin liên quan cho bác sĩ của quý vị, bác sĩ của con quý vị, một dịch vụ y tế hoặc bệnh viện khác hoặc một hội đồng thành phố địa phương khác. Hội đồng thành phố địa phương có thể cung cấp cho quý vị thông tin liên quan đến chương trình chủng ngừa học đường bằng SMS hoặc email. Quý vị có thể truy cập dữ liệu của con mình bằng cách liên lạc với hội đồng thành phố địa phương nơi con quý vị đi học.

Dành cho văn phòng sử dụng

Ngày chích liều đầu tiên: Chữ ký nháy của y tá:

Ngày chích liều thứ hai: Chữ ký nháy của y tá:

Ngày chích liều thứ ba: Chữ ký nháy của y tá:

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: _____