

ရေကျောက် (ဗာရီဆဲလား)

အထက်တန်းကျောင်း 7 တန်း ကလေးများ အတွက် တိုက်တွန်းထားသည်

ကျေးဇူးပြု၍ သတင်းအချက်အလက်ကို ဖတ်ရှုပါ။
ကာကွယ်ဆေး မထိုးသည့်တိုင်အောင် ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။
ပုံစံကို ဖြတ်ထုတ်၍ ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ပေးပါ။

- သင့် ကလေး ရေကျောက်ကာကွယ်ဆေးကို ထိုးရန်လိုပါသလား။ ပိုမိုသော အချက်အလက်များအတွက် အောက်တွင်ကြည့်ရှုပါ။
- ဤကာကွယ်ဆေးထိုးအစီအစဉ်အတွက် ဒေသဆိုင်ရာကောင်စီသည် သင့် ကျောင်းသို့ မကြာမီလာရောက်ပါလိမ့်မည်။
- အခမဲ့ ကာကွယ်ဆေးများကို ဤနှစ်တွင် ကျောင်း၊ ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီ ကာကွယ်ဆေးထိုး ဝန်ဆောင်မှု တို့တွင်ရရှိနိုင်ပါသည်။
- သင့်ကလေးကို ကာကွယ်ဆေး မထိုးမီ ဆေးမထိုးမီစစ်ဆေးရမည့်စာရင်းကို ဖတ်ရှုပြီး ကျန်းမာရေး စိုးရိမ်ချက်တစ်ခုခု နှင့်ပတ်သက်၍ သင့် ဆေးထိုးပေးသူနှင့် ဆွေးနွေးပါ။
- သင့်ကလေးသည် တစ်နေ့တည်းတွင် ရောဂါအမျိုးမျိုးအတွက် ကာကွယ်ဆေး တစ်မျိုးထက်ပို၍ ထိုးရကောင်း ထိုးရနိုင်ပါသည်။ ၎င်းကြောင့် သင့်ကလေးအား ဆေးဓာတ်မတည့်မှု ရရှိမည့်အခွင့်အလမ်းကို တိုးမြှင့်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။
- ၎င်းသည် ပိုမိုကောင်းမွန်သည့် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးအပ်ရာတွင် အထောက်အကူပြုသဖြင့် သင့် ကလေး ဆေးမထိုးသည့်တိုင်အောင်ပင် သဘောတူညီချက်ပေးသည့်ပုံစံကို ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ပေးရပါသည်။

သင့် ကလေး ရေကျောက်ကာကွယ်ဆေးကို ထိုးရန်လိုပါသလား။

ကျွန်ုပ် ကလေးတွင် ရေကျောက် ကူးစက်မှု ရှိခဲ့သည်။ ကျွန်ုပ် ဘာလုပ်ရမည်နည်း။

သင့် ကလေးတွင် ရေကျောက် ကူးစက်မှု ရှိခဲ့ကြောင်း သင် သေချာလျှင် ကာကွယ်ဆေး ထိုးရန်မလိုတော့ပါ။ သို့သော်လည်း ရေကျောက် ကူးစက်မှု ရှိခဲ့သော ကလေးများအား ဘေးကင်းစွာဖြင့် ကာကွယ်ဆေး ထိုးပေးနိုင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ် ကလေးတွင် ရေကျောက် ကူးစက်မှု ရှိခဲ့ကြောင်း ကျွန်ုပ် သေချာပါ။ ကျွန်ုပ် ဘာလုပ်ရမည်နည်း။

သင့်ကလေးကို ကာကွယ်ဆေး ထိုးပေးသင့်သည်။

ကျွန်ုပ်ကလေးကို ကာကွယ်ဆေး တစ်လုံး ထိုးပေးခဲ့ပြီးဖြစ်သည်။ ဒုတိယ အရောင်းကာကွယ်ဆေးကို ယခု ထိုးပေးရမည်လား။

ရေကျောက်ကာကွယ်ဆေး နှစ် ချောင်းသည် အကာအကွယ်ကို တိုးမြှင့်ပေးပြီး နောင်တွင် ရေကျောက် ဖြစ်ပွားလာနိုင်သော အန္တရာယ်ကို လျော့ပါးစေပါသည်။

ကျွန်ုပ် ကလေးတွင် ရေကျောက် ကာကွယ်ဆေး တစ်ချောင်း ထိုးခဲ့ပြီး ရေကျောက် ကူးစက်မှု တစ်ခုရှိခဲ့သည်။ ကျွန်ုပ် ဘာလုပ်ရမည်နည်း။

သင့် ကလေးတွင် ရေကျောက် ကူးစက်မှု ရှိခဲ့ကြောင်း သင် သေချာလျှင် ကာကွယ်ဆေး ထိုးရန်မလိုတော့ပါ။ သို့သော်လည်း ရေကျောက် ကူးစက်မှု ရှိခဲ့သော ကလေးများအား ဘေးကင်းစွာဖြင့် ကာကွယ်ဆေး ထိုးပေးနိုင်ပါသည်။

ရေကျောက် ရောဂါ

ရေကျောက်သည် ဗာရီဆဲလား-ဇော်စ်တာ ဝိုင်းရပ်စ်ပိုးကြောင့် ဖြစ်သော အလွန်ကူးစက်တတ်သည့် ကူးစက်ရောဂါ တစ်ခုဖြစ်ပါသည်။ ရေကျောက်သည် ချောင်းဆိုးခြင်းများ နှင့် နာချေခြင်းများ မှတစ်ဆင့် ကူးစက်ပျံ့နှံ့ပြီး ၊ ရေကျောက်အဖု ရေကြည်အိတ်ပူပေါင်းများ၏ အရည်နှင့် တိုက်ရိုက်ထိတွေ့ခြင်းဖြင့် ကူးစက်သည်။

ကျန်းမာသော ကလေးများတွင် ၊ သမရိုးကျအားဖြင့် အချိန် တိုတိုတောင်းတောင်းဖြစ်သည့် ရောဂါအပျော့စား တစ်ခုဖြစ်ပါသည်။ တစ်ခါတစ်ရံတွင် ရေကျောက်သည် အရေပြား အကြွေးခွန်ကွက်၊ အဆုတ်အအေးပတ် သို့မဟုတ် ဦးနှောက်ရောင်ခြင်း ဖြစ်ပွားနိုင်သော ဘက်တီးရီးယားပိုးဝင် အရေပြား ကူးစက်မှုများ ကဲ့သို့သော ပိုမိုလွန်ကဲသည့် နာမကျန်းမှုများသို့ ဖွံ့ဖြိုးသွားပါလိမ့်မည်။ ရေကျောက် ကူးစက်ခံရသော လူရွယ်များသည် များသောအားဖြင့် ပိုမိုလွန်ကဲသော ရောဂါလက္ခဏာများကို ကြုံတွေ့ရပါသည်။ ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ်အတွင်း အကယ်၍ ရောဂါကူးစက်ခံရပါက ၊ မမေးသေးသည့် ကလေးငယ်အားလည်း ရေကျောက်သည် အန္တရာယ်အလားအလာတစ်ခု ဖြစ်ကောင်း ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ ရေကျောက်သည် အသက်အရွယ်တိုင်းတွင် လွန်ကဲသော နာမကျန်းမှုကို ဖြစ်စေနိုင်ပြီး ၊ သေဆုံးမှုပင် ဖြစ်နိုင်ပါသည်။

ရေကျောက်အတွက် ရောဂါပျိုးချိန်မှာ 10 မှ 21 ရက် ဖြစ်ပြီး ၊ အစဦး၌ အနီရောင် အစက်အပျောက်များ ဖြစ်ပေါ်လာပြီး နာရီပိုင်းအတွင်း ရေကြည်အိတ်ပူပေါင်းများ ဖြစ်လာသည်။ အစက်အပျောက်များသည် သမရိုးကျအားဖြင့် ကိုယ်ထည်ပိုင်း ၊ မျက်နှာနှင့် ကိုယ်ခန္ဓာ အခြားအစိတ်အပိုင်းများပေါ်တွင် ပေါ်လာပါသည်။ ရေကျောက် ကူးစက်ခံရသည့်လူ အများစုတွင် ကိုယ်ပူအဖျားတက်ခြင်း ၊ နေထိုင်မကောင်းခြင်းနှင့် အလွန်အမင်း ယားခြင်း ကြုံတွေ့နိုင်ပါသည်။

ယခင်က ရေကျောက် မဖြစ်ခဲ့ဘူးသူ မည်သူမဆို ရေကျောက်ကို ကူးစက်နိုင်ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေး အစီအစဉ် မတိုင်မီက ၊ 75 ရာခိုင်နှုန်းသော လူတို့သည် အသက် 12 နှစ် မပြည့်မီ ၊ ရေကျောက် ဖြစ်ခဲ့ကြပါသည်။

ဘာသာပြန်နှင့် စကားပြန်
ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်း
131 450 ကိုခေါ်ပါ။



IMMUNISE
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

ရေကျောက် (ဟရီဆဲလား) ကာကွယ်ဆေး သဘောတူညီချက်ပေးသည့် ပုံစံ

အထက်တန်းကျောင်း 7 တန်း ကလေးများ အတွက် တိုက်တွန်းထားသည်

ကျေးဇူးပြု၍ သတင်းအချက်အလက်ကို ဖတ်ရှုပါ။

ကာကွယ်ဆေး မထိုးသည့်တိုင်အောင် ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

ပုံစံကို ဖြတ်ထုတ်၍ ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ပေးပါ။

ကျောင်းသားကျောင်းသူ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ

မက်ဒီကဲ နံပါတ်- (ကလေး၏နံပါတ် နားထောင် နံပါတ်)

နောက်ဆုံးအမည်-

ပထမအမည်-

အိမ်လိပ်စာ-

စာတိုက်နယ်အမှတ်-

မွေးသက္ကရာဇ်-

/

/

လိပ်-

☐ မ

☐ ကျား

ကျောင်း-

ကျောင်းအသင်းအုပ်စုအမည်-

ဤလူသည် အဘိုးရင်းဂုဏ်သိမ်း သို့မဟုတ် တော်ရက်စိစစ်ရက်ကျွန်းသား နောက်ခံမှုလူ ဖြစ်ပါသလား။ (ကျေးဇူးပြု၍ အမှန်ဖြစ်ပါ)

☐ မဟုတ်ပါ

☐ အဘိုးရင်းဂုဏ်သိမ်း

☐ တော်ရက်စိစစ်ရက်ကျွန်းသား

☐ အဘိုးရင်းဂုဏ်သိမ်း နှင့် တော်ရက်စိစစ်ရက်ကျွန်းသား

မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်စုထိန်းသူ ဆက်သွယ်ရမည့်အချက်အလက်များ

နောက်ဆုံးအမည်-

ပထမအမည်-

အိမ်မေးလ် -

နေအိမ်ဖုန်းနံပါတ်-

မိုဘိုင်းဖုန်း-

မိဘ/အုပ်စုထိန်းသူ- ကျောင်းတွင် သင့်ကလေး ရေကျောက်ကာကွယ်ဆေး ထိုးရန် သင် သဘောတူလျှင် ကျေးဇူးပြု၍ လက်မှတ်ထိုးပါ။

ရောဂါ အန္တရာယ်များနှင့် ကာကွယ်ဆေး၏ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများအပါအဝင်ဖြစ်သော ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးထားသည့်ကာကွယ်ဆေး အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ဖတ်ရှုပြီး နားလည်ပါသည်။ ရေကျောက် ကာကွယ်ဆေး တစ်ချောင်းကို ထိုးပေးရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့ သဘောတူညီချက် ပေးနေသည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်ပါသည်။ ဆေးထိုးပေးမည့်သူနှင့် ကာကွယ်ဆေး အကြောင်းဆွေးနွေးရန် အခွင့်အလမ်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးခဲ့ပြီးဖြစ်ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေးမထိုးမီ အချိန်မရွေး သဘောတူညီချက်ကို ပြန်လည်စစ်ဆေးနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။

☐ ထိုးပေးလိုသည်။ ရေကျောက် ကာကွယ်ဆေး ထိုးရန် ကျွန်ုပ်တို့ သဘောတူသည် (ကျေးဇူးပြု၍ အမှန်ဖြစ်ပါ)

အထက်ဖော်ပြပါကလေးအား ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် သဘောတူညီချက် ပေးရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့တွင် အခွင့်အာဏာရှိသည်။

မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်စုထိန်းသူ အမည် (ကျေးဇူးပြု၍ ပုံနှိပ်စာလုံးကြီးဖြင့်)-

မိဘ/အုပ်စုထိန်းသူ လက်မှတ်-

ရက်စွဲ -

/

/

သို့မဟုတ် အကယ်၍ ကျောင်းတွင် ကာကွယ်ဆေး ထိုးပေးရန် မဟုတ်လျှင်-

မထိုးပေးလိုပါ။ ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် ကျွန်ုပ်တို့သဘောမတူပါ။

ပေးအပ်ထားသည့် အချက်အလက်ကို ဖတ်ရှုပြီးနောက် ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤအချိန်တွင် ကျွန်ုပ်တို့ကလေးအား ရေကျောက် ကာကွယ်ဆေး ထိုးပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့ မလိုလားပါ။

မိဘ/အုပ်စုထိန်းသူ လက်မှတ်-

ရက်စွဲ -

/

/

ကိုယ်ရေးသိမ်းခြားမှု ဖြစ်ပေါ်မှု။ 7 တန်း အထက်တန်းကျောင်းကာကွယ်ဆေးထိုး အစီအစဉ်ကို ဩစတြေးလျနိုင်ငံနှင့် ဗစ်တိုးရီးယားပြည်နယ် အစိုးရများ၏ ရန်ပုံငွေဖြင့် မတည်ထားပြီး ဒေသဆိုင်ရာကောင်စီရုံးများက ထိုးပေးပါသည်။ အများပြည်သူ ကျန်းမာရေးနှင့် သာယာဝပြောရေး အက်ဥပဒေ 2008 ခုနှစ် (Public Health and Wellbeing Act 2008) အရ ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီရုံးများသည် ဖြန့်ဝေပေးရန် အတွင်း၌ ပညာသင်ယူချက်ရှိသည့် ကလေးများအား ကာကွယ်ဆေးထိုးဝန်ဆောင်မှုကို စီမံညွှန်ကြားပြီးထိုးပေးရန် တာဝန်ရှိကြသည်။ ဒေသကောင်စီရုံးသည် အချက်အလက် သိမ်းခြားမှုနှင့် အချက်အလက် အကာကွယ်ပေးရေး အက်ဥပဒေ 2014 ခုနှစ် (Privacy and Data Protection Act 2014) နှင့် ကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းများ အက်ဥပဒေ 2001 ခုနှစ် (Health Records Act 2001) တို့နှင့်အညီ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များ၏ သိမ်းခြားမှုကို လျှို့ဝှက်ထားရှိရန်နှင့် လုံခြုံရေးတို့ကို အကာအကွယ်ပေးထားရန် ကတိကဝတ်ပြု တာဝန်ယူထားပါသည်။

ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီရုံးသည် ကျောင်းအစီအစဉ်များမှတစ်ဆင့် ထိုးပေးသည့် ဆယ်ကျော်သက်ရွယ် ကာကွယ်ဆေး အားလုံးကို ဩစတြေးလျနိုင်ငံ ကျောင်းကာကွယ်ဆေးထိုး မှတ်ပုံတင် [Australian School Vaccination Register (ASVR)] သို့ အကြောင်းကြားပါသည်။ အမည်ဖော်ထုတ်မည့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအသေးစိတ် အချက်အလက်များကို လျှို့ဝှက်သိမ်းဆည်းထား ပါလိမ့်မည်။ ၎င်းသည် ဆယ်ကျော်သက်ရွယ် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှုန်းမှုကို တိုးမြှင့်စေရန် ပြန်စစ်ဆေးခြင်းနှင့် သတိပေးခြင်း စနစ်ကိုလည်း လုပ်ဆောင်မှုများကို လုပ်ပေးပါလိမ့်မည်။ ၎င်းသည် အလုံးစုံအားဖြင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှုန်းမှုကို တိုးမြှင့်ပေးရန် အရေးကြီးပါသည်။ တစ်ဦးချင်းပုဂ္ဂိုလ်များသည် ဩစတြေးလျနိုင်ငံ ကာကွယ်ဆေးထိုး မှတ်ပုံတင် (Australian Immunisation Register) နှင့် ASVR တို့တွင် မှတ်တမ်းတင်ထားသည့် မိမိတို့၏ ကာကွယ်ဆေး မှတ်တမ်းအားလုံးကို ကြည့်ရှုနိုင်ရပါမည်။ စုစုပေါင်း ကာကွယ်ဆေးထိုး အချက်အလက်ကို စောင့်ကြည့်ကြည့်ရှုခြင်း၊ ရန်ပုံငွေချပေးခြင်းနှင့် 7 တန်း အထက်တန်းကျောင်း ကာကွယ်ဆေးထိုးအစီအစဉ်ကို တိုးမြှင့်ပေးခြင်းဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်အတွက် ဗစ်တိုးရီးယား အစိုးရထံ ထုတ်ဖော်ကောင်း ထုတ်ဖော်ပေးနိုင်ပါသည်။ ဤအချက်အလက်များတွင် မည်သည့် ပုဂ္ဂိုလ်ကိုမျှ မည်သူဖြစ်ကြောင်း မဖော်ထုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် သင့်ကလေးနှင့်ဆက်သွယ်သည့် အချက်အလက်များကို သင့်ကလေး၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးထားရေးနှင့်တိုက်ရိုက် ဆက်သွယ်သည့် ကိစ္စများအတွက် နှင့် သင် သင့်တင့်လျောက်ပတ်စွာ မျှော်လင့်လိမ့်မည်ဖြစ်သော နည်းလမ်းများဖြင့် အသုံးပြုမည့် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းတွင် သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို သင် အထွေထွေစရာကားရာ ဆရာဝန်၊ ကုသပေးသည့် အခြား ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ သို့မဟုတ် အခြား ဒေသကောင်စီသို့ လွှဲပေးခြင်း သို့မဟုတ် လိုလားခြင်း ပါဝင်နိုင်ပါသည်။ ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီသည် သင့်အား ကျောင်းကာကွယ်ဆေးထိုး အစီအစဉ်နှင့် ဆက်သွယ်သည့် အချက်အလက်များကို ဖုန်းအမှတ် (SMS) သို့မဟုတ် အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် ပို့ပေးကောင်း ပို့ပေးနိုင်ပါသည်။ သင်သည် သင့်ကလေး တက်ရောက်သည့် ကျောင်းရှိရာ ဒေသကောင်စီကို ဆက်သွယ်ခြင်းအားဖြင့် သင့်ကလေး၏ အချက်အလက်များကို ရယူနိုင်ပါသည်။

ရုံးသုံးရန် အတွက်သာ-

ဆေးထိုးသည့် ရက်စွဲ-

သူနာပြု လက်မှတ်တို-

Chickenpox (Varicella) 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.

- **Does your child need the chickenpox vaccine?** See below for more information.
- 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.

Does your child need the chickenpox vaccine?

My child has had chickenpox infection, what should I do?

If you are sure that your child has had chickenpox infection, then the vaccine is not needed. However the vaccine can be safely given to children who have had chickenpox infection.

I am not sure my child has had chickenpox infection, what should I do?

Your child should be vaccinated.

My child has had one chickenpox vaccine, should a second vaccine be given now?

Yes, two doses of chickenpox vaccine provide increased protection and reduce the risk of chickenpox occurring at a later time.

My child has had one chickenpox vaccine and chickenpox infection, what should I do?

If you are sure that your child has had chickenpox infection, then the vaccine is not needed. However the vaccine can be safely given to children who have had chickenpox infection.

Chickenpox disease

Chickenpox is a highly contagious infection caused by the varicella zoster virus. Chickenpox is spread through coughs and sneezes and through direct contact with the fluid in the blisters of the rash.

It is usually a mild disease of short duration in healthy children; sometimes chickenpox will develop into a more severe illness such as bacterial skin infections resulting in scarring, pneumonia or inflammation of the brain. Adults who contract chickenpox generally experience more severe symptoms. Chickenpox may also be a risk to an unborn baby if contracted during pregnancy. Chickenpox can cause serious illness and even death in all ages.

The incubation period for chickenpox is 10 to 21 days, followed by the appearance of a rash of red spots initially, then becoming blisters within hours. The spots usually appear on the trunk, face and other parts of the body. Most people infected with chickenpox have a fever and feel unwell and may experience severe itching.

Anyone who has never had chickenpox before can catch it. Prior to the vaccine program, about 75 per cent of people caught chickenpox before 12 years of age.

Translating and
interpreting service
Call 131 450



IMMUNISE
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

Chickenpox vaccine

The chickenpox vaccine contains modified live virus at a reduced strength and a small amount of the antibiotic, neomycin.

Possible side effects of chickenpox vaccine

Common side effects

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

If mild reactions occur, the 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

About two to five chickenpox-like spots may occur usually at the injection site and sometimes on other parts of the body between five and 26 days after vaccination and last for less than one week.

If this occurs the person should avoid direct contact with people with low immunity until the spots dry out.

Extremely rare side effect

- A 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 the doctor or nurse if any of the following apply.

- Has had a vaccine containing live viruses within the last month (such as MMR, chickenpox or BCG)
- Is unwell on the day of immunisation (temperature over 38.5°C)
- Has any severe allergies
- Has had a severe reaction following any vaccine
- Has a disease or is having treatment which causes low immunity (for example HIV/AIDS, leukaemia, cancer, radiotherapy or chemotherapy)
- Is taking steroids of any sort other than inhaled asthma sprays or steroid creams (for example cortisone or prednisone)
- Is pregnant
- Has received immunoglobulin or a blood transfusion in the last three months or intravenous immunoglobulin in the last nine months.

After vaccination wait at the place of vaccination a minimum of 15 minutes.

Further information

www.betterhealth.vic.gov.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)

Chickenpox (Varicella) 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, please sign if you agree to your child receiving chickenpox vaccine 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 a dose of chickenpox vaccine to be administered. 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.

☐ YES, I CONSENT to chickenpox vaccination (please tick)

I am authorised to give consent for the above child to be vaccinated.

Name of parent or guardian (please print):

Parent/guardian signature: _____ Date: / /

OR if the vaccine is not to be given at school:

☒ No I do not consent to the chickenpox vaccination.

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with chickenpox vaccine at this time.

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 2004 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: _____

Chickenpox (Varicella) 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, please sign if you agree to your child receiving chickenpox vaccine 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 a dose of chickenpox vaccine to be administered. 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.

☐ **YES, I CONSENT to chickenpox vaccination (please tick)**

I am authorised to give consent for the above child to be vaccinated.

Name of parent or guardian (please print): _____

Parent/guardian signature: _____ Date: / /

OR if the vaccine is not to be given at school:

No I do not consent to the chickenpox vaccination.

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with chickenpox vaccine at this time.

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: _____