

Chương trình Chủng ngừa Viêm màng não mô cầu loại W dành cho Học sinh Trung học

1. Đọc thông tin về viêm màng não mô cầu loại W.
 2. Điền phần ứng thuận và ký tên nếu 'Ứng thuận'.
 3. Xé rời giấy ứng thuận và gửi lại cho trường ngay cả khi quý vị không muốn con mình được chủng ngừa.
- Hãy liên lạc với hội đồng địa phương để biết thêm thông tin.

Thông tin về Viêm màng não mô cầu loại W

Viêm màng não mô cầu loại W

Viêm màng não mô cầu là bệnh do vi khuẩn gây ra. Dù viêm màng não mô cầu là bệnh không thường gặp, bệnh này có thể trở nên rất trầm trọng, rất nhanh. Khoảng 10 phần trăm người có vi khuẩn viêm màng não mô cầu trong cổ họng mà không bị bệnh. Những người này được gọi là 'người mang mầm bệnh'. Vi khuẩn viêm màng não mô cầu lây từ người này sang người kia khi sinh hoạt chung đụng thường xuyên, gần gũi, kéo dài trong hộ gia đình và mật thiết. Thanh thiếu niên dễ bị mắc bệnh viêm màng não mô cầu hơn và thường hay lây bệnh sang người khác.

Bệnh viêm màng não mô cầu xâm lấn xảy ra khi vi khuẩn bệnh này xâm nhập dòng máu gây ra chứng nhiễm trùng huyết (nhiễm trùng trong máu, còn gọi là 'có vi khuẩn trong máu') hoặc viêm màng não, (viêm lớp màng bao não). Tử vong có thể xảy ra trong 10% trường hợp. Thành thạo, trường hợp bị nhiễm trùng nặng cũng có thể xảy ra ở khớp, cổ họng, phổi hoặc ruột.

Vi khuẩn viêm màng não mô cầu có nhiều chủng loại khác nhau (các nhóm huyết thanh) được biết đến bằng các chữ cái trong bảng chữ cái, bao gồm viêm màng não mô cầu A, B, C, W và Y. Trong những năm gần đây, viêm màng não mô cầu chủng loại W đã gia tăng trên toàn nước Úc, với Victoria có 48 ca bệnh vào năm 2016 so với 17 ca bệnh vào năm 2015, 4 ca bệnh vào năm 2014 và 1 ca bệnh vào năm 2013. Chủng loại này giờ đây là chủng loại thường gặp nhất ở Victoria.

Thuốc chủng ngừa viêm màng não mô cầu loại W

Thuốc chủng ngừa viêm màng não mô cầu loại W là thuốc chủng ngừa kết hợp bốn loại để bảo vệ chống lại bệnh viêm màng não mô cầu loại A, C, W, Y. Các công trình nghiên cứu cho thấy rằng mức hiệu nghiệm của thuốc chủng ngừa viêm màng não mô cầu loại A, C, W, Y là từ 80 đến 85 phần trăm ở thanh thiếu niên. Các chương trình chủng ngừa viêm màng não mô cầu loại A, C, W, Y cho thanh thiếu niên ở Vương quốc Anh đã được thực hiện từ năm 2015, và đã được đề nghị ở Hoa Kỳ từ năm 2005.

Thuốc chủng ngừa này không có bất kỳ vi khuẩn nào còn sống và không thể gây ra bệnh viêm màng não mô cầu. Ngoài chủng loại W, thuốc chủng ngừa kết hợp cả bốn loại này sẽ tăng cường sức đề kháng của thanh thiếu niên đối với chủng loại C khi các em đã được chủng ngừa lúc còn bé và bảo vệ chống lại các chủng loại A và Y.

Tác dụng phụ mà thuốc chủng ngừa viêm màng não mô cầu có thể gây ra

Hầu hết các tác dụng phụ đều nhẹ và mau hết. Nếu các phản ứng sau đây xảy ra, chúng sẽ xảy ra ngay sau khi chủng ngừa.

Tác dụng phụ thường gặp

- Sốt nhẹ
- Nhức đầu
- Chóng mặt
- Đau, đỏ và sưng ở chỗ chích
- Ngất xỉu có thể xảy ra trong vòng 30 phút sau khi chủng ngừa.

**Dịch vụ thông
phiên dịch
Gọi số 131 450**



IMMUNISE
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

Nếu phản ứng nhẹ xảy ra, quý vị có thể làm giảm các tác dụng phụ này bằng cách:

- Uống nhiều chất lỏng và đừng mặc quá nhiều quần áo nếu bị sốt
- Uống paracetamol và chườm khăn lạnh, ướm ở vị trí tiêm chích.

Tác dụng phụ rất hiếm khi xảy ra

- Phản ứng dị ứng nặng.

Trong trường hợp bị phản ứng dị ứng trầm trọng, việc chăm sóc y tế sẽ được cung cấp ngay lập tức.

Nếu phản ứng nặng hoặc kéo dài, hoặc nếu cảm thấy lo lắng, quý vị 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, quý vị hãy nói cho bác sĩ hoặc y tá biết nếu cháu bị những điều dưới đây.

- Không khỏe vào ngày chủng ngừa (thân nhiệt trên 38,5°C)
- Bị dị ứng trầm trọng
- Đã từng có phản ứng trầm trọng với bất kỳ loại thuốc chủng nào
- Có thai.

Sau khi chủng ngừa, quý vị hãy đợi ở nơi chủng ngừa ít nhất 15 phút.

Muốn biết thêm thông tin

Nếu cần được hướng dẫn hoặc muốn biết thêm thông tin, quý vị hãy liên lạc với dịch vụ chủng ngừa của hội đồng địa phương hoặc bác sĩ địa phương.

Hoặc truy cập www.betterhealth.vic.gov.au

Cách điền đơn

Xin quý vị đọc thông tin.

Điền vào giấy này ngay cả khi không chủng ngừa.

Xé rời giấy này và gửi lại cho trường.

Dành cho tất cả trẻ em/học sinh

Xin quý vị điền chi tiết của đứa trẻ.

Sau đó

Điền phần này nếu quý vị muốn con được chủng ngừa

Hoặc

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

Muốn nhận tài liệu này theo định dạng có thể đọc được, gửi thư điện tử (email) về: immunisation@dhs.vic.gov.au

Do Chính phủ Victoria, 1 Treasury Place, Melbourne ủy quyền và phát hành.

© Tiểu bang Victoria, tháng 5 năm 2017 (1702019)

Giấy ưng thuận chủng ngừa viêm màng não mô cầu loại W

1. Đọc thông tin về viêm màng não mô cầu loại W.
2. Điền phần ưng thuận và ký tên nếu 'Ưng thuận'.
3. Xé rời giấy ưng thuận và gửi lại cho trường ngay cả khi quý vị không muốn con mình được chủng ngừa. Hãy liên lạc với hội đồng địa phương để biết thêm thông tin.

Chi tiết học sinh

Số Medicare: 1 2 3 4 9 8 7 6 5 7 3 (Số bên cạnh tên địa chỉ)

Họ: CITIZEN Tên: ELIZA

Địa chỉ bưu điện: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

Mã bưu điện: 3000 Ngày sinh: 18 / 10 / 2000 Nữ Nam

Trường học: BLOCK HIGH SCHOOL Lớp: 11A

Có phải người này là người gốc Thổ Dân hoặc dân Đảo Torres Strait hay không? (Xin đánh dấu)

Không Thổ dân Người đảo Torres Strait Thổ dân và dân Đảo Torres Strait

Chi tiết liên lạc của phụ huynh/người giám hộ

Tên của phụ huynh/người giám hộ hoặc của học sinh từ 18 tuổi trở lên: MICHAEL BLOCK

Số điện thoại ban ngày: 9123 4567 Điện thoại di động: 0408 123 456

Thư điện tử (Email): parentguardian@internetprovider.com

Ưng thuận chủng ngừa

Lời khải: Tôi có quyền ưng thuận hoặc không ưng thuận cho con tôi chủng ngừa. Tôi đã đọc và tôi hiểu thông tin về chủng ngừa mà tôi đã được cung cấp, bao gồm những nguy cơ nếu không chủng ngừa và những tác dụng phụ của thuốc chủng ngừa. Tôi hiểu rằng tôi có thể tháo luận về những nguy cơ và lợi ích của việc chủng ngừa với hội đồng địa phương hoặc bác sĩ của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự ưng thuận của mình vào bất cứ lúc nào trước khi chủng ngừa.

Điền chi tiết cho trẻ em dưới 18 tuổi (học sinh từ 18 tuổi trở lên có thể tự ưng thuận)

CÓ, TÔI ƯNG THUẬN cho con tôi được chủng ngừa viêm màng não mô cầu loại W ở trường.

Thuốc chủng ngừa viêm màng não mô cầu loại W là thuốc chủng ngừa kết hợp 4 loại để bảo vệ chống lại viêm màng não mô cầu loại A, C, W, Y (một lần tiêm chủng).

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ: Ngày: / /

HOẶC

Không, tôi không đồng ý cho con tôi chủng ngừa viêm màng não mô cầu loại W vào lúc này.

HOẶC

Không, con tôi đã chủng ngừa viêm màng não mô cầu loại W ở nơi khác.

Xin ghi bất kỳ vấn đề sức khỏe nào đã bị sẵn, dị ứng trầm trọng hoặc phản ứng trầm trọng khi chủng ngừa trước đây.

Cam kết bảo mật. Chương trình chủng ngừa viêm màng não mô cầu là chương trình chủng ngừa được chính phủ Victoria tài trợ. Công việc chủng ngừa sẽ do y tá chủng ngừa mà các dịch vụ tiêm chủng của hội đồng địa phương tuyển dụng phụ trách, những y tá này sẽ tuân theo quy định của Tiểu bang Victoria nhiều lần trong năm. Theo Đạo luật Y tế An sinh Công cộng năm 2009 (Public Health and Wellbeing Act 2009), hội đồng địa phương chịu trách nhiệm điều phối và cung cấp dịch vụ chủng ngừa cho trẻ em được giao đưc trong phạm vi địa phương của họ. Các hội đồng địa phương cam kết bảo mật chi tiết riêng tư và an toàn thông tin cá nhân theo đúng Đạo luật Bảo mật Thông tin và Bảo vệ Dữ liệu năm 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) và Đạo luật Tờ rơi năm 2001 (Health Records Act 2001).

Các hội đồng địa phương báo cáo cho Danh bạ Chủng ngừa Úc (Australian Immunisation Register - AIR) về tất cả những lần chủng ngừa cho thành tựu miễn theo các chương trình học đường. Các chi tiết làm lộ danh tính cá nhân sẽ được bảo mật. Điều này sẽ giúp các công cụ như hệ thống thu hồ sơ và thông báo nhắc để nâng cao tỉ lệ chủng ngừa ở thành tựu miễn. Đây là điều quan trọng để nâng cao tỉ lệ chủng ngừa nói chung. Cá nhân sẽ có quyền truy cập hồ sơ của họ về tất cả các lần chủng ngừa được ghi nhận trong Danh bạ Chủng ngừa Úc. Tài liệu chủng ngừa tổng hợp chi tiết sẽ được tiếp thị cho Chính phủ Victoria nhằm mục đích giám sát, tài trợ và cải tiến Chương trình Chủng ngừa Viêm màng não mô cầu cho Học sinh Trung học. Thông tin này không làm lộ danh tính bất kỳ cá nhân nào.

Thông tin liên quan đến quý vị hoặc con quý vị sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ vào các mục đích liên quan trực tiếp đến việc chủng ngừa của con quý vị và theo những kỳ vọng hợp lý của quý vị. Việc này có thể bao gồm chuyển hoặc trao đổi thông tin liên quan về bác sĩ gia đình (GP) của quý vị, bác sĩ gia đình (GP) của con quý vị, với số điện tử y tế khác hoặc bệnh viện hoặc hội đồng địa phương khác. Hội đồng địa phương có thể cung cấp cho quý vị thông tin liên quan đến chương trình chủng ngừa học đường qua tin nhắn (SMS) hoặc thư điện tử (email). Quý vị có thể liên lạc với hội đồng địa phương nơi con quý vị đi học để được truy cập dữ liệu của con mình.

Office use only

Vaccination date: Nurse initials: Site: L/R arm

Giấy ưng thuận chủng ngừa viêm màng não mô cầu loại W

1. Đọc thông tin về viêm màng não mô cầu loại W.
2. Điền phần ưng thuận và ký tên nếu 'Ưng thuận'.
3. Xé rời giấy ưng thuận và gửi lại cho trường ngay cả khi quý vị không muốn con mình được chủng ngừa. Hãy liên lạc với hội đồng địa phương để biết thêm thông tin.

Chi tiết học sinh

Số Medicare (Số bên cạnh tên đứa trẻ)

Họ: _____ Tên: _____

Địa chỉ bưu điện: _____

Mã bưu điện: _____ Ngày sinh: / / Nữ Nam

Trường học: _____ Lớp: _____

Có phải người này là người gốc Thổ Dân hoặc dân Đảo Torres Strait hay không? (Xin đánh dấu)

Không Thổ dân Người đảo Torres Strait Thổ Dân và dân Đảo Torres Strait

Chi tiết liên lạc của phụ huynh/người giám hộ

Tên của phụ huynh/người giám hộ hoặc của học sinh từ 18 tuổi trở lên: _____

Số điện thoại ban ngày: _____ Điện thoại di động: _____

Thư điện tử (Email): _____

Ưng thuận chủng ngừa

Lời khai: Tôi có quyền ưng thuận hoặc không ưng thuận cho con tôi chủng ngừa. Tôi đã đọc và tôi hiểu thông tin về chủng ngừa mà tôi đã được cung cấp, bao gồm những nguy cơ nếu không chủng ngừa và những tác dụng phụ của thuốc chủng ngừa. Tôi hiểu rằng tôi có thể thảo luận về những nguy cơ và lợi ích của việc chủng ngừa với hội đồng địa phương hoặc bác sĩ của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự ưng thuận của mình vào bất cứ lúc nào trước khi chủng ngừa.

Điền chi tiết cho trẻ em dưới 18 tuổi (học sinh từ 18 tuổi trở lên có thể tự ưng thuận)

CÓ, TÔI ƯNG THUẬN cho con tôi được chủng ngừa viêm màng não mô cầu loại W ở trường.

Thuốc chủng ngừa viêm màng não mô cầu loại W là thuốc chủng ngừa kết hợp 4 loại để bảo vệ chống lại viêm màng não cầu loại A, C, W, Y (một lần tiêm chủng).

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ: _____ Ngày: / /

HOẶC

Không, tôi không đồng ý cho con tôi chủng ngừa viêm màng não loại W vào lúc này.

HOẶC

Không, con tôi đã chủng ngừa viêm màng não loại W ở nơi khác.

Xin ghi bất kỳ vấn đề sức khỏe nào đã bị sẵn, dị ứng trầm trọng hoặc phản ứng trầm trọng khi chủng ngừa trước đây.

Cam kết bảo mật. Chương trình chủng ngừa viêm màng não mô cầu là chương trình chủng ngừa được chính phủ Victoria tài trợ. Công việc chủng ngừa sẽ do y tá chủng ngừa mà các dịch vụ tiêm chủng của hội đồng địa phương tuyển dụng phụ trách, những y tá này sẽ tới từng trường trung học tại tiểu bang Victoria nhiều lần trong năm. Theo Đạo luật Y tế và An sinh Công cộng năm 2008 (Public Health and Wellbeing Act 2008), hội đồng địa phương chịu trách nhiệm điều phối và cung cấp dịch vụ chủng ngừa cho trẻ em được giáo dục trong phạm vi địa phận thành phố. Các hội đồng địa phương cam kết bảo mật chi tiết riêng tư, bảo mật thông tin và an toàn thông tin cá nhân theo đúng Đạo luật Bảo mật Thông tin và Bảo vệ Dữ liệu năm 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) và Đạo luật Y bạ năm 2001 (Health Records Act 2001).

Các hội đồng địa phương báo cáo cho Danh bạ Chủng ngừa Úc (Australian Immunisation Register - AIR) về tất cả những lần chủng ngừa cho thanh thiếu niên theo các chương trình học đường. Các chi tiết làm lộ danh tính cá nhân sẽ được bảo mật. Điều này sẽ giúp các công cụ như hệ thống thu hồi và thông báo nhắc để nâng cao tỉ lệ chủng ngừa ở thanh thiếu niên. Đây là điều quan trọng để nâng cao tỉ lệ chủng ngừa nói chung. Cá nhân sẽ có quyền truy cập hồ sơ của họ về tất cả các lần chủng ngừa được ghi nhận trong Danh bạ Chủng ngừa Úc. Dữ liệu chủng ngừa tổng hợp có thể sẽ được tiết lộ cho Chính phủ Victoria nhằm mục đích giám sát, tài trợ và cải tiến Chương trình Chủng ngừa Viêm màng não mô cầu cho Học sinh Trung học. Thông tin này không làm lộ danh tính bất kỳ cá nhân nào.

Thông tin liên quan đến quý vị hoặc con quý vị sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ vào các mục đích liên quan trực tiếp đến việc chủng ngừa của con quý vị và theo những kỳ vọng hợp lý của quý vị. Việc này có thể bao gồm chuyển hoặc trao đổi thông tin liên quan với bác sĩ gia đình (GP) của quý vị, bác sĩ gia đình (GP) của con quý vị, với cơ sở điều trị y tế khác hoặc bệnh viện hoặc hội đồng địa phương khác. Hội đồng địa phương có thể cung cấp cho quý vị thông tin liên quan đến chương trình chủng ngừa học đường qua tin nhắn (SMS) hoặc thư điện tử (email). Quý vị có thể liên lạc với hội đồng địa phương nơi con quý vị đi học để được truy cập dữ liệu của con mình.

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



i M M U N I S E
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