

चिकनपॉक्स (वैरीसेला – छोटी चेचक) का टीका

सेकेंडरी स्कूल के कक्षा 7 के विद्यार्थियों के लिए प्रस्तावित

कृपया सूचना पढ़ें।

यदि टीका नहीं भी लगाया जाने वाला हो तो भी फॉर्म भरें।

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

- क्या आपके बच्चे/आपकी बच्ची को चिकनपॉक्स के टीके की ज़रूरत है? और अधिक जानकारी के लिए नीचे देखें।
- स्थानीय काउंसिलें इस टीका कार्यक्रम के लिए जल्द ही स्कूलों का दौरा करेंगी।
- इस वर्ष स्कूल, डॉक्टर या स्थानीय काउंसिल की किसी टीकाकरण सेवा के यहाँ निःशुल्क टीका उपलब्ध है।
- टीकाकरण से पहले की जाँच-सूची पढ़ें और अपने बच्चे/अपनी बच्ची को टीका लगाए जाने से पहले अपने टीकाकरण प्रदाता से किसी स्वास्थ्य चिंता पर विचार-विमर्श करें।
- ऐसा हो सकता है कि आपके बच्चे/आपकी बच्ची को एक ही दिन अलग-अलग रोगों के लिए एक से अधिक इंजेक्शन की ज़रूरत पड़े। ऐसा करने से आपके बच्चे/आपकी बच्ची में टीके से होने वाली प्रतिक्रिया की संभावना नहीं बढ़ेगी।
- भले ही आपके बच्चे/आपकी बच्ची को टीका न लगाया जा रहा हो, तब भी आपके लिए सहमति फॉर्म स्कूल को लौटाना आवश्यक है क्योंकि ऐसा करने से बेहतर स्वास्थ्य सेवाओं का प्रावधान करने में मदद मिलती है।

क्या आपके बच्चे/आपकी बच्ची को चिकनपॉक्स के टीके की ज़रूरत है?

मेरे बच्चे/मेरी बच्ची को चिकनपॉक्स संक्रमण है, मुझे क्या करना चाहिए?

यदि आपको यकीन है कि आपके बच्चे/आपकी बच्ची को पहले चिकनपॉक्स का संक्रमण हो चुका है, तो टीके की ज़रूरत नहीं है। हालाँकि, जिन बच्चों को पहले चिकनपॉक्स का संक्रमण हो चुका हो, उन्हें इसका टीका सुरक्षित रूप से दिया जा सकता है।

मुझे पक्का पता नहीं है कि क्या मेरे बच्चे/मेरी बच्ची को पहले चिकनपॉक्स का संक्रमण हुआ है या नहीं, मुझे क्या करना चाहिए?

आपके बच्चे/आपकी बच्ची को टीका लगाया जाना चाहिए।

मेरे बच्चे/मेरी बच्ची को चिकनपॉक्स का एक टीका लग चुका है, क्या अब दूसरा टीका लगाए जाने की ज़रूरत है?

हाँ, चिकनपॉक्स टीके की दो खुराकें अधिक सुरक्षा प्रदान करती हैं और आगे चलकर चिकनपॉक्स होने के खतरे को कम करती हैं।

मेरे बच्चे/मेरी बच्ची को पहले चिकनपॉक्स का एक टीका लग चुका है और चिकनपॉक्स का संक्रमण भी हो चुका है, मुझे क्या करना चाहिए?

यदि आपको यकीन है कि आपके बच्चे/आपकी बच्ची को पहले चिकनपॉक्स का संक्रमण हो चुका है, तो इसके टीके की ज़रूरत नहीं है। हालाँकि जिन बच्चों को पहले चिकनपॉक्स का संक्रमण हो चुका है, उन्हें इसका टीका सुरक्षित रूप से लगाया जा सकता है।

चिकनपॉक्स रोग

चिकनपॉक्स एक अत्यधिक संक्रामक संक्रमण है जो वैरीसेला जोस्टर वायरस के कारण होता है। चिकनपॉक्स खाँसी और छींकों के माध्यम से और रैश के छालों में मौजूद तरल के साथ प्रत्यक्ष संपर्क से फैलता है।

यह आम-तौर पर स्वस्थ बच्चों में पाया जाने वाला छोटी अवधि का एक हल्का रोग है; कभी-कभी चिकनपॉक्स और अधिक गंभीर रोग का रूप लेगा जैसे कि बैक्टीरिया संबंधी त्वचा के संक्रमण जिनके परिणामस्वरूप दाग पड़ते हैं तथा निमोनिया होता है या मस्तिष्क की सूजन होती है। चिकनपॉक्स का संक्रमण करने वाले बयस्क आम-तौर पर और अधिक गंभीर लक्षणों का अनुभव करते हैं। गर्भावस्था में चिकनपॉक्स का संक्रमण होने पर चिकनपॉक्स अजन्मे शिशु के लिए भी खतरा पैदा कर सकता है। चिकनपॉक्स के कारण किसी भी आयु में गंभीर रोग और यहाँ तक की मृत्यु भी हो सकती है।

चिकनपॉक्स का इनक्यूबेशन पीरियड (ऊष्मायन अवधि) 10 से लेकर 21 दिनों तक का होता है, इसके पश्चात प्रारम्भ में लाल धब्बों वाले रैश सामने आते हैं, जो फिर कुछ ही घंटों में छालों में बदल जाते हैं। ये धब्बे आम-तौर पर धड़, चेहरे और शरीर के अन्य भागों पर आते हैं। चिकनपॉक्स से संक्रमित अधिकांश लोगों को बुखार होता है और वे अस्वस्थ महसूस करते हैं और ऐसा हो सकता है कि उन्हें गंभीर खुजलाहट का अनुभव भी हो।

चिकनपॉक्स किसी भी ऐसे व्यक्ति को हो सकता है जो पहले कभी चिकनपॉक्स से संक्रमित न हुआ हो। टीकाकरण कार्यक्रम से पहले, लगभग 75 प्रतिशत लोग 12 वर्ष की आयु से पहले चिकनपॉक्स से ग्रस्त हुए थे।

अनुवाद एवं
दुभाषिया सेवा
131 450 पर फोन करें



IMMUNISE
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

चिकनपॉक्स का टीका

चिकनपॉक्स के टीके में कम प्रभाव वाला संशोधित लाइव वायरस (विषाणु) और छोटी मात्रा में एंटीबायोटिक, neomycin (नियोमाइसिन) शामिल होती है।

चिकनपॉक्स के टीके के संभावित दुष्प्रभाव

सामान्य दुष्प्रभाव

- बुखार
- सुई लगाने के स्थान पर पीड़ा, लालिमा और सूजन
- सुई लगाने के स्थान पर एक अस्थायी छोटी एंठन
- किसी भी टीके के लगने के पश्चात 30 मिनट तक बेहोशी हो सकती है।

यदि हल्की प्रतिक्रियाएँ होती हैं, तो दुष्प्रभावों को निम्नलिखित के द्वारा कम किया जा सकता है:

- अतिरिक्त तरल-पदार्थ पीकर और यदि व्यक्ति को बुखार हो तो उसे ज़रूरत से अधिक वस्त्र न पहनाकर
- सुई लगाने के सूजे हुए स्थान पर ठंडे व गीले कपड़े की टकोर करके
- परेशानी को कम करने के लिए पेरासिटामोल खाकर।

असामान्य दुष्प्रभाव

आम-तौर पर सुई लगाने के स्थान पर दो से लेकर पाँच तक और कभी-कभी टीका लगाए जाने के पाँच से 26 दिनों के बीच शरीर के दूसरे भागों में चिकनपॉक्स-जैसे दाग निकल सकते हैं और यह एक सप्ताह से कम की अवधि तक बने रह सकते हैं।

ऐसा होने पर व्यक्ति को तब तक कम प्रतिरक्षा (इम्युनिटी) वाले लोगों के साथ प्रत्यक्ष संपर्क से परहेज करना चाहिए जब तक कि दाग पूरी तरह से सूख न जायें।

अत्यंत दुर्लभ दुष्प्रभाव

- एक गंभीर एलर्जी संबंधी प्रतिक्रिया

गंभीर एलर्जी संबंधी प्रतिक्रिया की परिस्थिति में, तात्कालिक डॉक्टरों देखरेख प्रदान की जाएगी। यदि प्रतिक्रियाएँ गंभीर या स्थायी हैं, अथवा आप चिंतित हैं, तो अपने डॉक्टर या अस्पताल से संपर्क करें।

टीकाकरण से पहले की जाँच-सूची

इससे पहले की आपके बच्चे/आपकी बच्ची को टीका लगाया जाए, यदि निम्नलिखित में से कुछ लागू होता हो तो अपने डॉक्टर या अपनी नर्स को बताएँ।

- पिछले महीने कोई ऐसा टीका लगाया गया था जिसमें लाइव वायरस (विषाणु) मौजूद थे (जैसे कि MMR, चिकनपॉक्स या BCG)
- टीकाकरण के दिन अस्वस्थ हो (38.5 °C से अधिक बुखार)
- पहले कोई गंभीर एलर्जियाँ हुई हों
- पहले किसी टीके के लगाए जाने के पश्चात गंभीर प्रतिक्रिया हुई हो
- कोई ऐसा रोग हो या किसी ऐसे रोग के लिए उपचार ले रहा/रही हो जो प्रतिरक्षा (इम्युनिटी) को कम करता हो (उदाहरणतः HIV/AIDS, ल्यूकेमिया, कैंसर, रेडियोथेरेपी या कीमोथेरेपी)
- इनहेल्ड अस्थमा स्प्रेज़ या स्टेरॉयड क्रीम (जैसे कि कोर्टिसोन या प्रेडनिसोन) को छोड़कर किसी अन्य प्रकार के स्टेरॉयड ले रहा/रही हो
- गर्भवती हो
- पिछले तीन महीनों के दौरान इम्युनोग्लोबुलिन या रक्त-आधान प्राप्त किया हो अथवा पिछले नौ महीनों के दौरान इन्ट्रावेनस इम्युनोग्लोबुलिन प्राप्त किया हो।

टीकाकरण के पश्चात टीकाकरण के स्थान पर कम से कम 15 मिनट तक प्रतीक्षा करें।

अधिक जानकारी

www.betterhealth.vic.gov.au

immunehero.health.vic.gov.au

फॉर्म को कैसे भर्ने

कृपया सूचना पढ़ें।

यदि टीका नहीं भी लगाया जाने वाला हो तो भी फॉर्म भर्ने।

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

सभी बच्चों के लिए

कृपया बच्चे/बच्ची के विवरण के साथ इसे भर्ने।

इसके बाद

यदि आप चाहते/चाहती हैं कि आपके बच्चे/आपकी बच्ची को टीका लगाया जाए, तो यह भाग भर्ने

या

यदि आप चाहते/चाहती हैं कि आपके बच्चे/आपकी बच्ची को टीका न लगाया जाए, तो यह भाग भर्ने

इस दस्तावेज़ को एक सुलभ फॉर्मेट में प्राप्त करने के लिए इस पते पर ई-मेल करें:

immunisation@health.vic.gov.au

विक्टोरियन सरकार, 1 Treasury Place, मेलबोर्न द्वारा प्राधिकृत और प्रकाशित।

© स्वास्थ्य विभाग (Department of Health), जुलाई 2016 (1607016)

चिकनपॉक्स (वैरीसेला - छोटी चेचक) के टीके का सहमति फॉर्म

मेडिकरी स्कूल के कक्षा 7 के विद्यार्थियों के लिए प्रस्तावित

कृपया सूचना पढ़ें।

यदि टीका नहीं भी लगाया जाने वाला हो तो भी फॉर्म भर्ने।

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

विद्यार्थी के विवरण

मेडिकरी स्कूल: 1234 56789 7 8 (संलग्न के साथ के अपने विद्यालय संख्या)

कुलनाम: CITIZEN ग्राम नाम: MARK

निवासी पता: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

पोस्टकोड: 3000 जन्म-तिथि: 18/10/2000 लिंग: ☒ महिला ☐ पुरुष

स्कूल: BLOCK HIGH SCHOOL होमरूम: 7A

क्या यह व्यक्ति एंटीरिजनल (अनवासी) या टीएम स्टेट डीप्लोमा मूल का है? (कृपया सही का निदान प्रदान करें)

☒ नहीं ☐ एंटीरिजनल (अनवासी) ☐ टीएम स्टेट डीप्लोमा ☐ एंटीरिजनल या टीएम स्टेट डीप्लोमा

माता-पिता/अभिभावक के संक्षेप विवरण

कुलनाम: SMITH ग्राम नाम: SANDRA

ई-मेल: parentorguardian@internetprovider.com

दिन के समय के दौरान का फोन संख्या: 9123 4567 मोबाइल: 0404 123 456

माता-पिता/अभिभावक, यदि आप अपने बच्चे/बच्ची को स्कूल पर चिकनपॉक्स का टीका लगाने की सहमति देते/देती हैं तो कृपया सुझाव दें।

मेरी टीकाकरण के सदस्य और दुष्प्रभावों सहित टीके के बारे में मुझे जानकारी को यह और समझ लिया है। मैं यह समझता/समझती हूँ कि मैं चिकनपॉक्स टीके की एक खुराक को दिए जाने की सहमति दे रहा/रही हूँ। मुझे किसी टीकाकरण प्रदाता के साथ टीकाकरण की चर्चा करने का अवसर दिया गया है। मैं समझता/समझती हूँ कि टीकाकरण होने से पहले किसी भी समय सहमति को वापस लिया जा सकता है।

☐ हाँ, मैं चिकनपॉक्स टीके के लिए सहमति देता/देती हूँ (कृपया सही का निदान प्रदान करें)

मुझे उपरोक्त बच्चे/बच्ची को टीका लगाने जाने की सहमति देने का अधिकार प्राप्त है।

माता-पिता या अभिभावक का नाम (कृपया लिखें):

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर: तिथि: / /

यदि आप टीका स्कूल पर नहीं लगाना चाहते हैं:

यदि, मैं चिकनपॉक्स टीकाकरण के लिए सहमति नहीं देता/देती हूँ।

उपरोक्त बच्चे/बच्ची को टीके के प्रदान के पश्चात, मैं बाह्य/बाहरी हूँ कि इस समय मेरे बच्चे/मेरी बच्ची को चिकनपॉक्स का टीका न लगाया जाए।

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर: तिथि: / /

कृपया ध्यान दें:

कक्षा 7 के मेडिकरी स्कूल के टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है। इस कार्यक्रम का उद्देश्य चिकनपॉक्स टीकाकरण को बढ़ावा देना है और इसे स्कूल पर लागू करने के लिए स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाने वाला टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा प्रायोजित है और इसे स्वास्थ्य विभाग द्वारा प्रदान किया जाता है।

चिकनपॉक्स (वैरीसेला – छोटी चेचक) के टीके का सहमति फॉर्म

सेकेंडरी स्कूल के कक्षा 7 के विद्यार्थियों के लिए प्रस्तावित

कृपया सूचना पढ़ें।

यदि टीका नहीं भी लगाया जाने वाला हो तो भी फॉर्म भरें।

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

विद्यार्थी के विवरण

मेडिकेयर नम्बर: (संतान के नाम के आगे लिखा नम्बर)

कुलनाम:

प्रथम नाम:

रिहायशी पता:

पोस्टकोड:

जन्म-तिथि: / /

लिंग: ☐ महिला ☐ पुरुष

स्कूल:

होमग्रुप:

क्या यह व्यक्ति एबोरिजनल (जनजातीय) या टोरस स्ट्रेट द्वीपवासी मूल का है? (कृपया सही का निशान लगायें)

☐ नहीं ☐ एबोरिजनल (जनजातीय) ☐ टोरस स्ट्रेट द्वीपवासी ☐ एबोरिजनल या टोरस स्ट्रेट द्वीपवासी

माता-पिता/अभिभावक के संपर्क विवरण

कुलनाम:

प्रथम नाम:

ई-मेल:

दिन के समय के दौरान का फोन नम्बर:

मोबाइल:

माता-पिता/अभिभावक, यदि आप अपने बच्चे/अपनी बच्ची को स्कूल पर चिकनपॉक्स का टीका लगाये जाने की सहमति देते/देती हैं तो कृपया हस्ताक्षर करें।

मैंने टीकाकरण के खतरों और दुष्प्रभावों सहित टीके के बारे में मुझे प्रदान की गई जानकारी को पढ़ और समझ लिया है। मैं यह समझता/समझती हूँ कि मैं चिकनपॉक्स टीके की एक खुराक को दिए जाने की सहमति दे रहा/रही हूँ। मुझे किसी टीकाकरण प्रदाता के साथ टीकाकरण की चर्चा करने का अवसर दिया गया है। मैं समझता/समझती हूँ कि टीकाकरण होने से पहले किसी भी समय सहमति को वापस लिया जा सकता है।

☐ हाँ, मैं चिकनपॉक्स टीके के लिए सहमति देता/देती हूँ (कृपया सही का निशान लगायें)

मुझे उपरोक्त बच्चे/बच्ची को टीका लगाए जाने की सहमति देने का अधिकार प्राप्त है।

माता-पिता या अभिभावक का नाम (कृपया लिखें):

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर:

तिथि: / /

अथवा यदि टीका स्कूल पर नहीं लगाया जाना है:

नहीं, मैं चिकनपॉक्स टीकाकरण के लिए सहमति नहीं देता/देती हूँ।

उपलब्ध कराई गई जानकारी को पढ़ने के पश्चात, मैं चाहता/चाहती हूँ कि इस समय मेरे बच्चे/मेरी बच्ची को चिकनपॉक्स का टीका न लगाया जाए।

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर:

तिथि: / /

गुप्तता वक्तव्य। कक्षा 7 के सेकेंडरी स्कूल के टीका कार्यक्रम को ऑस्ट्रेलियाई और विक्टोरियाई सरकारों द्वारा धन-राशि प्राप्त है और इन्हें स्थानीय काउंसिलों द्वारा प्रदान किया जाता है। जन स्वास्थ्य एवं कल्याण अधिनियम 2008 (Public Health and Wellbeing Act 2008) के अधीन, यह स्थानीय काउंसिलों की जिम्मेदारी होती है कि वे जिला नगरपालिका के भीतर शिक्षा प्राप्त करने वाले बच्चों के लिए टीकाकरण सेवाओं का समन्वय करें और इन्हें प्रदान करें। स्थानीय काउंसिलें गुप्तता एवं आंकड़ा संरक्षण अधिनियम 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) और स्वास्थ्य रिकॉर्ड्स अधिनियम 2001 (Health Records Act 2001) के अनुसार व्यक्तिगत जानकारी की गुप्तता, गोपनीयता और सुरक्षा के लिए प्रतिबद्ध होती हैं।

स्थानीय काउंसिलें स्कूली कार्यक्रम के द्वारा सभी किशोरों को लगाए गए टीकों की सूचना ऑस्ट्रेलियाई स्कूली टीकाकरण रजिस्टर (Australian School Vaccination Register - ASVR) को देती हैं। पहचान किए जाने वाले व्यक्तिगत विवरण गोपनीय रखे जाएंगे। यह किशोर टीकाकरण दरों को बेहतर बनाने के लिए रिकॉर्ड और रीमान्डर सिस्टम जैसे साधन उपलब्ध कराएगा। टीकाकरण दरों को कुल मिलाकर बेहतर बनाने के लिए यह महत्वपूर्ण है। व्यक्तियों के पास ऑस्ट्रेलियाई टीकाकरण रजिस्टर और ASVR में उनके रिकॉर्ड किए गए सभी टीकों के रिकॉर्ड तक पहुँच प्राप्त होगी। सकल टीकाकरण डेटा विक्टोरियाई सरकार को कक्षा 7 के सेकेंडरी स्कूल के टीका कार्यक्रम का निरीक्षण करने, इसे धन-राशि प्रदान करने और इसे बेहतर बनाने के प्रयोजन के लिए किया जा सकता है। इस जानकारी से किसी व्यक्ति-विशेष की पहचान नहीं होती है।

आपके या आपकी संतान से सम्बन्धित जानकारी का प्रयोग या खुलासा सीधे आपकी संतान के टीकाकरण से सम्बन्धित प्रयोजनों के लिए किया जाएगा, और ऐसा आपके द्वारा यथोचित रूप से प्रत्याशित तरीकों से किया जाएगा। इसमें आपके GP, आपकी संतान के GP, इलाज करने वाली किसी अन्य स्वास्थ्य सेवा या अस्पताल या किसी अन्य स्थानीय काउंसिल को प्रासंगिक जानकारी सौंपना या इसकी अदला-बदली करना शामिल है। स्थानीय काउंसिल SMS या ई-मेल के माध्यम से आपको स्कूल टीका कार्यक्रम से सम्बन्धित सूचना प्रदान कर सकती है। आप उस स्थानीय काउंसिल से संपर्क करके अपनी संतान के डेटा तक पहुँच प्राप्त कर सकते/सकती हैं जहाँ आपकी संतान पढ़ाई करती है।

केवल कार्यालय के प्रयोग के लिए:

खुराक दिए जाने की दिनांक:

नर्स के इनिश्लज (आद्याक्षर):

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: _____