

ह्यूमन पैपिलोमावायरस (HPV) टीका

सेकेंडरी स्कूल के कक्षा 7 के बच्चों 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।

- 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।

ह्यूमन पैपिलोमावायरस क्या होता है?

HPV पुरुषों व महिलाओं में पाया जाने वाला एक बहुत आम वायरस (विषाणु) है। यौन क्रिया शुरू होने के तुरंत बाद एक या एक से अधिक प्रकार के HPV से संक्रमित होना बहुत सामान्य है। HPV के अधिकांश संक्रमणों के कोई लक्षण नहीं होते हैं और व्यक्ति को अपने संक्रमित होने की जानकारी हुए बिना ही ये एक वर्ष से कम की अवधि में शरीर से बाहर निकल जाते हैं। HPV के कुछ प्रकारों से यौनांगों में मससे (जेनिटल वॉर्ट्स) पैदा हो सकते हैं और इससे कुछ प्रकार के कैंसर भी उत्पन्न हो सकते हैं। कैंसर के इन प्रकारों में महिलाओं को होने वाला सरवाइकल कैंसर (गर्भाशय ग्रीवा का कैंसर), पुरुषों व महिलाओं में होने वाले जननेंद्रिय कैंसर, और मुँह व गले के कुछ कैंसर शामिल हैं।

HPV का टीका लगाने के क्या लाभ हैं?

HPV का टीका GARDASIL® दो प्रकार के HPV से सुरक्षा प्रदान करता है, HPV के ये दो प्रकार महिलाओं में सरवाइकल कैंसर के 70 प्रतिशत और पुरुषों में HPV-संबंधित कैंसर के 90 प्रतिशत मामलों के कारण हैं। यह टीका HPV के उन दो अतिरिक्त प्रकारों से भी सुरक्षा प्रदान करता है जो यौनांगों में मससे (जेनिटल वॉर्ट्स) पैदा होने के 90 प्रतिशत मामलों के कारण होते हैं।

टीका उस परिस्थिति में श्रेष्ठ सुरक्षा प्रदान करता है जब ये किसी व्यक्ति को उनके यौन रूप से सक्रिय होने से पहले दिया जाता है। यह टीका रोग से सुरक्षा प्रदान करता है परंतु यह मौजूदा HPV संक्रमणों का उपचार नहीं करता है।

टीका किस प्रकार लगाया जाता है?

HPV के टीके में तीन इंजेक्शन शामिल होते हैं जिन्हें छः महीनों की अवधि के दौरान ऊपरी भुजा में लगाया जाता है।

टीके का संरक्षण कितनी देर तक बना रहेगा?

हाल ही के अध्ययनों ने HPV के प्रति बढ़िया निरंतर संरक्षण को दर्शाया है। यह निर्धारण करने हेतु अध्ययन जारी हैं कि क्या भविष्य में बूस्टर डोस (अनुवर्धक खुराक) की आवश्यकता होगी?

HPV का टीका कितना सुरक्षित होता है?

यह सुरक्षित और परेशानी न देने वाला टीका है। विश्व-भर में इसकी लाखों खुराकें दी जा चुकी हैं। टीके में HPV शामिल नहीं होता है परन्तु यह टीका वायरस (विषाणु) के समान ही प्रतीत होता है जिसके फलस्वरूप शरीर एंटीबॉडीज़ (रोग-प्रतिकारक) का निर्माण करता है जिससे HPV संक्रमण से बचाव होता है।

क्या लड़कियों को जीवन में आगे चलकर सर्वाइकल स्क्रीनिंग टेस्ट की ज़रूरत होगी?

हाँ। क्योंकि टीका सर्वाइकल कैंसर को पैदा करने वाले सभी प्रकार के HPV संक्रमण की रोकथाम नहीं करता है, सर्वाइकल स्क्रीनिंग टेस्ट फिर भी जीवन में आगे चलकर महिलाओं के लिए अत्यावश्यक हैं। सभी महिलाओं को, 18 साल की आयु या उनके पहली बार यौन रूप से सक्रिय बनने के पश्चात, इन दोनों में से जो भी बाद में हो, हर दो वर्ष बाद सर्वाइकल स्क्रीनिंग टेस्ट कराने का सुझाव दिया जाता है। नियमित रूप से सर्वाइकल स्क्रीनिंग टेस्ट कराने से सर्वाइकल कैंसर विकसित होने का खतरा और कम हो जाता है।

अनुवाद एवं
दुभाषिया सेवा
131 450 पर फोन करें



संभावित दुष्प्रभाव क्या हैं?

सामान्य दुष्प्रभाव

- सुई लगाने के स्थान पर पीड़ा, लालिमा और सूजन
- सुई लगाने के स्थान पर एक अस्थायी छोटी सी गाँठ
- हल्का बुखार
- अस्वस्थ महसूस करना
- सिरदर्द होना
- 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 पेरैसिटामोल खाकर।

असामान्य दुष्प्रभाव

- रैश या हीम्स (शीतपित्त)

यह सुझाव दिया जाता है कि यदि टीका लगाए जाने के पश्चात किसी व्यक्ति को रैश या हीम्स हो तो उसे उसी टीके की अगली खुराक लेने से पहले अपने टीकाकरण प्रदाता से बात करनी चाहिए।

दुर्लभ दुष्प्रभाव

- एक गंभीर एलर्जी संबंधी प्रतिक्रिया, उदाहरणतः चेहरे की सूजन, साँस लेने में परेशानी

गंभीर एलर्जी संबंधी प्रतिक्रिया की परिस्थिति में, तात्कालिक डॉक्टर 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।

- टीकाकरण के दिन अस्वस्थ हो (38.5 °C से अधिक बुखार)
- पहले किसी टीके से गंभीर प्रतिक्रिया हुई हो
- यीस्ट (खमीर) से ऐनफ़लैक्टिक (तीव्रगाहिता) जैसी गंभीर एलर्जियाँ हैं
- गर्भवती हो

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

अधिक जानकारी

www.betterhealth.vic.gov.au

www.hpvvaccine.org.au

www.cancerscreening.gov.au

www.hpvregister.org.au

immunehero.health.vic.gov.au

फॉर्म को कैसे भरें

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

सभी बच्चों के लिए

कृपया बच्चे/बच्ची के विवरण के साथ इसे भरें।

इसके बाद

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

या

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

ह्यूमन पैपिलोमावायरस (HPV) टीके की सहमति का फॉर्म

मेरे/मेरी स्कूल के बच्चा/बच्ची के बच्चे 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।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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

फॉर्म अलग करके इसे स्कूल को लौटा दें।

कृपया सूचना पढ़ें।

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।

© विक्टोरिया राज्य, जुलाई 2016 (1607016)

ह्यूमन पैपिलोमावायरस (HPV) टीके की सहमति का फॉर्म

सेकेंडरी स्कूल के कक्षा 7 के बच्चों 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: (number beside child's name)

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 ह्यूमन पैपिलोमावायरस (HPV) टीका लगाये जाने की सहमति देते/देती हैं तो कृपया हस्ताक्षर करें।

मैंने 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 HPV टीके की तीन खुराकों को दिए जाने की सहमति दे रहा/रही हूँ जिनकी व्यवस्था चार से छः महीनों की अवधि के बीच की जाएगी। मुझे किसी टीकाकरण प्रदाता के साथ टीकाकरण पर विचार-विमर्श 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। मैं समझता/समझती हूँ कि टीकाकरण प्रदाता टीके लगाने के विवरणों को रिकॉर्ड करेगा और मेरे बच्चे/मेरी बच्ची के टीकाकरण विवरणों को राष्ट्रीय HPV टीकाकरण कार्यक्रम रजिस्टर को आगे भेजा जाएगा।

☐ हाँ, मैं ह्यूमन पैपिलोमावायरस के 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: / /

नहीं, मैं HPV के टीके के लिए सहमति नहीं देता/देती हूँ।

उपलब्ध कराई गई जानकारी को पढ़ने के पश्चात, मैं चाहता/चाहती हूँ कि मेरे बच्चे/मेरी बच्ची को HPV टीके न लगाए जाएँ।

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 आँकड़ा 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 रिकॉल और रिमाइंडर 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:

पहली खुराक की दिनांक:

नर्स के इनिश्लज (आद्याक्षर):

दूसरी खुराक की दिनांक:

तीसरी खुराक की दिनांक:

नर्स के इनिश्लज (आद्याक्षर):

नर्स के इनिश्लज (आद्याक्षर):

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: _____