

İnsan Papilloma Virüsü (HPV) aşı

Orta öğretimin 7'nci Sınıfındaki çocuklar için önerilir

Lütfen bilgileri okuyun.

Aşı yapılmayacaksa bile formu doldurun.

Formu çıkarın ve okula gönderin.

- Bu aşı programı için yerel belediye yakında okulu ziyaret edecektir.
- Bu yıl ücretsiz aşılar okulda, doktorda veya belediyenin bir aşı servisinde mevcuttur.
- Aşı öncesi kontrol listesini okuyun ve çocuğunuz aşı olmadan önce herhangi bir sağlık endişenizi aşı sağlayıcınız ile görüşün.
- Çocuğunuzun aynı gün içinde farklı hastalıklar için birden fazla iğneye ihtiyacı olabilir. Bu, çocuğunuzun aşıya karşı reaksiyon gösterme olasılığını artırmayacaktır.
- Çocuğunuz aşı olmuyorsa bile, onay formunu okula gönderin çünkü bu iyileştirilmiş sağlık hizmetlerinin sağlanmasına yardımcı olur.

İnsan papilloma virüsü nedir?

HPV erkekler ve kadınlarda çok yaygın olan bir virüsdür. Cinsel etkinlik başladıktan kısa süre sonra bir veya daha fazla türde HPV'ye yakalanmak çok yaygındır. Çoğu HPV enfeksiyonları herhangi bir belirtiyi neden olmaz ve kişi buna yakalandığının farkına varmadan bir yıldan kısa süre içinde vücuttan temizlenir. Kimi HPV türleri üreme organlarında siğillere ve kimi kanserlere neden olabilir. Bunlar kadınlarda rahim boynu kanserine, erkeklerde ve kadınlarda üreme organları kanserine ve kimi ağız ve boğaz kanserlerine neden olur.

HPV aşısı olmanın yararları nelerdir?

HPV aşısı olan GARDASIL®, kadınlarda rahim boynu kanserinin yüzde 70'ine ve erkeklerde HPV bağlantılı kanserlerin yüzde 90'ına neden olan HPV türlerine karşı korur. Ayrıca üreme organlarında siğile neden olan iki HPV türüne karşı da korur.

Aşı, kişi cinsel açıdan etkin olmaya başlamadan önce yapıldığında en iyi korumayı sağlar. Aşı, hastalığı önler ama var olan HPV enfeksiyonlarını tedavi etmez.

Aşı nasıl yapılır?

HPV aşısı, altı aylık bir süre içinde kolun üst tarafından yapılan üç iğneden oluşur.

Aşının koruyuculuğu ne kadar sürer?

Son zamanlardaki çalışmalar HPV'ye karşı iyi, sürekli bir koruyuculuk ortaya koymuştur. Gelecekte destek aşısının gerekip gerekmeyeceğini kararlaştırmak üzere çalışmalar sürmektedir.

HPV aşısı ne kadar güvenlidir?

Güvenlidir ve iyi bir şekilde dayanılabilir. Tüm dünyada milyonlarca doz verilmiştir. Aşı HPV içermez ama virüsle yeteri kadar benzerlik gösterir ve bu nedenle vücut, HPV enfeksiyonunu önleyen antikorlar üretir.

Kızların, yaşamlarının ileriki yıllarında rahim boynu tarama testine ihtiyaçları olacak mı?

Evet. Çünkü aşı, rahim boynu kanserine neden olan tüm HPV türlerini önlemiyor, rahim boynu tarama testleri hâlâ, yaşamın ileri dönemlerinde kadınlar için çok önemlidir. Rahim boynu tarama testlerinin, hangisi daha geç olursa, 18 yaşından veya ilk kez cinsel açıdan etkin olmaya başladıktan sonra, tüm kadınlar için iki yılda bir yapılması önerilir. Düzenli olarak rahim boynu tarama testleri yaptırmak, rahim boynu kanseri riskini daha da azaltır.

**Yazılı ve Sözlü Çeviri
Servisi 131 450 numaralı
telefonu arayın**



Olası yan etkileri nelerdir?

Yaygın yan etkiler

- Aşı olunan yerde ağrı, kızarıklık ve şişme
- Aşı olunan yerde geçici bir küçük şişkinlik
- Düşük düzeyli ateş
- Kendini iyi hissetmemek
- Baş ağrısı
- Herhangi bir aşıdan sonraki 30 dakika içinde bayılma olabilir.

Hafif reaksiyonlar olursa, yan etkiler şu yollarla azaltılabilir:

- daha fazla sıvı içmek ve kişide ateş olursa fazla giyinmemek
- ağrıyan aşı yerine soğuk bir ıslak bez koymak
- rahatsızlığı azaltmak için parasetamol almak.

Olağan dışı yan etkiler

- Kızarıklık veya kurdeşen

Aşıdan sonra kızarıklık veya kurdeşen döken bir kişinin, aşı sağlayıcısı ile, aynı aşıdan başka dozlar almadan önce konuşması önerilir.

Seyrek yan etki

- Şiddetli alerjik reaksiyon; örneğin yüzde şişme, nefes alma güçlüğü

Şiddetli alerjik reaksiyon durumunda acil tıbbi müdahale sağlanacaktır. Reaksiyonlar şiddetli veya kalıcı ise ya da kaygılanırsanız, doktorunuz veya hastaneyle ilişkiye geçin.

Aşı öncesi kontrol listesi

Şunlardan biri yaşıyorsanız, çocuğunuz aşı olmadan önce doktora veya hemşireye bildirin.

- Aşı günü iyi değilse (ateşi 38.5 dereceden fazlaysa)
- Herhangi bir aşıya karşı şiddetli reaksiyonu olmuşsa
- Mayaya karşı anafaktik reaksiyon gibi aşırı alerjileri olmuşsa
- Gebe ise.

Aşıdan sonra, aşı yerinde en az 15 dakika bekleyin.

Daha fazla bilgi

www.betterhealth.vic.gov.au

www.hpvvaccine.org.au

www.cancerscreening.gov.au

www.hpvregister.org.au

immunehero.health.vic.gov.au

Form nasıl doldurulur

Lütfen bilgileri okuyun.

Aşı yapılmayacaksa bile formu doldurun.

Formu çıkarın ve okula gönderin.

Tüm çocuklar için

Lütfen çocuğa ait bilgilerle doldurun

Daha sonra

Çocuğunuzun aşılanmasını istiyorsanız, bu bölümü doldurun.

Veya

Çocuğunuzun aşılanmasını istemiyorsanız, bu bölümü doldurun.

İnsan papilloma virüsü (HPV) aşısı onay formu

Orta öğretimin 7nci Sınıfındaki çocuklar için önerilir

Lütfen bilgileri okuyun.

Aşı yapılmayacaksa bile formu doldurun.

Formu çıkarın ve okula gönderin.

Öğrencinin ayrıntıları

Medicare no: **1 2 3 4 5 6 7 8 9 3 4** (number beside child's name)

Soyadı: **CITIZEN** Adı: **MARK**

Ev Adresi: **20 BLOCK STREET MELBOURNE**

Post kodu: **3000**

Doğum tarihi: **18/10/2000**

Cinsiyeti: ☒ Kız ☐ Erkek

Okul: **BLOCK HIGH SCHOOL**

Spor grubu: **7A**

Bu kişi Aborijin veya Torres Boğaz Adalı kökenine mi sahiptir? (Lütfen işaretleyin)

☒ Hayır ☐ Aborijin ☐ Torres Boğaz Adalı ☐ Aborijin ve Torres Boğaz Adalı

Anababa/veli ilişkisi ayrıntıları

Soyadı: **CITIZEN** Adı: **SUSAN**

Email: **parentorguardian@internetprovider.com**

Gün içindeki telefon numarası: **9123 4567** Cep: **0404 123 456**

Anababa/veli, çocuğunuzun okulda İnsan papilloma virüsü (HPV) aşısını kabul ediyorsanız, lütfen imzalayın.

Hastalık riskleri ve aşının yan etkileri dâhil olmak üzere aşı hakkında bana verilen bilgileri okudum ve anladım. Dört ile altı ay içinde üç doz HPV aşısı yapılması için onay veriyordum. Bir aşı sağlayıcı ile aşı hakkında görüşmek için bana fırsat verilmemiştir. Bu onayın, aşı yapılmadan önce her zaman geri çekilebileceğini anlıyorum. Aşı sağlayıcının aşı ayrıntılarını kaydedeceğini ve çocuğumun aşı ayrıntılarını Ulusal HPV Aşısı Programı Sicil'ine gönderileceğini anlıyorum.

☐ EVET, İnsan Papilloma Virüsü (HPV) aşısını ONAYLIYORUM (Lütfen işaretleyin)

Yukarıda adı geçen çocuğumun aşılanmasını için onay vermemi yetkim vardır.

Anababamın/velinin adı (Lütfen kitap harfleriyle yazın):

Anababamın/velinin imzası: _____ Tarih: / /

Hayır, HPV aşısına onay vermiyorum.

Sağlanan bilgileri okuduktan sonra, çocuğumun HPV aşısına aşılanmasını istemiyordum.

Anababamın/velinin imzası: _____ Tarih: / /

Gizlilik beyanı.

7nci Sınıf Ortaokul Aşı Programına Avustralya ve Victoria hükümetleri tarafından fon sağlanmaktadır. 2008 Kamu Sağlığı ve Gönenci Yasası (Public Health and Wellbeing Act 2008) kapsamında belediyeler, belediye sınırları içinde eğitim almakta olan çocuklar için aşı hizmetlerini koordine etmek ve sağlamakla sorumludur. Belediyeler, 2014 Gizlilik ve Veri Koruma Yasası (Privacy and Data Protection Act) ve 2001 Sağlık Kayıtları Yasası (Health Records Act 2001) gereğince, bilgileri gizliliğini, mahremiyetini ve güvenliğini korumakla yükümlüdür.

Belediyeler, okul programları aracılığıyla verilen tüm ergenlik aşılarını Avustralya Okul Aşıları Sicil'ine (Australian School Vaccination Register (ASVR)) bildirir. Kişisel kimlik ayrıntıları göli tutulacaktır. Bu ergenlik aşıları onaylarını iletilmek için çağırılma ve anımsatma sistemleri gibi araçlar sağlanacaktır. Bu, tüm aşıları onaylarını iletmek için önemlidir. Belediyeler, Avustralya Aşı Sicil'inde ve ASVR'de bulunan tüm aşı kayıtlarına erişilebilir. Toplu aşı verileri, 7nci Sınıf Ortaokul Aşı Programı'nı izlemek, fon sağlamak ve iletmek için Victoria hükümetine açıklanabilir. Bu bilgiler herhangi bir kişinin kimliğini açıklamaz.

Siz ve çocuğunuzla ilgili bilgiler, doğrudan çocuğunuzun aşı ile ilgili amaçlar için ve marifet çerçevesinde bekleylebileceğiniz şekilde kullanılacak ve açıklanacaktır. Bu, pratikler, belediyeler, çocuğunuzun pratikler, belediyeler veya tedavi eden başka bir sağlık servisine veya hastaneye ya da başka bir belediyeye atılmayacağı veya onlarla diğer tokay etmeyip, belediyeler, okul aşı programı ile ilgili bilgileri SMS veya elektronik posta aracılığıyla size sağlayabilir.

Çocuğunuzun devam ettiği yerel okul ile ilişkiye geçerek çocuğunuzun verilerini ulaştırabilirsiniz.

Sadece ofisin kullanılması için:

1'inci dozun tarihi: _____

2'inci dozun tarihi: _____

3'üncü dozun tarihi: _____

Hemşirenin adının baş harfleri: _____

Hemşirenin adının baş harfleri: _____

Bu belgeyi erişilebilir bir formatta almak istiyorsanız, şu adrese e-mail yollayın: immunisation@health.vic.gov.au

Victoria Hükümeti, 1 Treasury Place, Melbourne tarafından yetkilendirilmiş ve yayınlanmıştır. © Sağlık Bakanlığı, Temmuz 2016 (1607016)

İnsan papilloma virüsü (HPV) aşısı onay formu

Orta öğretimin 7'nci Sınıfındaki çocuklar için önerilir

Lütfen bilgileri okuyun.

Aşı yapılmayacaksa bile formu doldurun.

Formu çıkarın ve okula gönderin.

Öğrencinin ayrıntıları

Medicare no: (number beside child's name)

Soyadı:

Adı:

Ev Adresi:

Post kodu:

Doğum tarihi: / /

Cinsiyeti: ☐ Kız ☐ Erkek

Okul:

Spor grubu:

Bu kişi Aborijin veya Torres Boğazı Adalı kökene mi sahiptir: (lütfen işaretleyin)

☐ Hayır ☐ Aborijin ☐ Torres Boğazı Adalı ☐ Aborijin ve Torres Boğazı Adalı

Anababa/veli ilişki ayrıntıları

Soyadı:

Adı:

Email:

Gün içindeki telefon numarası:

Cep:

Anababa/veli, çocuğunuzun okulda İnsan papilloma virüsü (HPV) aşısı olmasını kabul ediyorsanız, lütfen imzalayın.

Hastalık riskleri ve aşının yan etkileri dâhil olmak üzere aşı hakkında bana verilen bilgileri okudum ve anladım. Dört ile altı ay içinde üç doz HPV aşısı yapılması için onay veriyor olduğumu anlıyorum. Bir aşı sağlayıcı ile aşı hakkında görüşmek için bana fırsat verilmiştir. Bu onayın, aşı yapılmadan önce her zaman geri çekilebileceğini anlıyorum. Aşı sağlayıcının aşı ayrıntılarını kaydedeceğini ve çocuğumun aşı ayrıntılarının Ulusal HPV Aşısı Programı Sicili'ne gönderileceğini anlıyorum.

☐ **EVET, İnsan Papilloma Virüsü (HPV) aşısını ONAYLIYORUM** (lütfen işaretleyin)

Yukarıda adı geçen çocuğun aşılanması için onay verme yetkim vardır.

Anababanın/velinin adı (lütfen kitap harfleriyle yazın):

Anababanın/velinin imzası:

Tarih: / /

Hayır. HPV aşılara onay vermiyorum.

Sağlanan bilgileri okuduktan sonra, çocuğumun HPV aşlarıyla aşılanmasını istemiyorum.

Anababanın/velinin imzası:

Tarih: / /

Gizlilik beyanı. 7'inci Sınıf Ortaokul Aşı Programı'na Avustralya ve Victoria hükümetleri tarafından fon sağlanmaktadır. 2008 Kamu Sağlığı ve Gönenci Yasası (Public Health and Wellbeing Act 2008) kapsamında belediyeler, belediye sınırları içinde eğitim almakta olan çocuklar için aşı hizmetlerini koordine etmek ve sağlamakla sorumludur. Belediyeler, 2014 Gizlilik ve Veri Koruma Yasası (Privacy and Data Protection Act) ve 2001 Sağlık Kayıtları Yasası (Health Records Act 2001) gereğince, bilgilerin gizliliğini, mahremiyetini ve güvenliğini korumakla yükümlüdür.

Belediyeler, okul programları aracılığıyla verilen tüm ergenlik aşılarını Avustralya Okul Aşıları Sicili'ne (Australian School Vaccination Register (ASVR)) bildirir. Kişisel kimlik ayrıntıları gizli tutulacaktır. Bu, ergenlik aşıları oranlarını iyileştirmek için çağrıştırma ve anımsatma sistemleri gibi araçlar sağlayacaktır. Bu, tüm aşılama oranlarını iyileştirmek için önemlidir. Bireyler, Avustralya Aşı Sicili'nde ve ASVR'de bulunan tüm aşı kayıtlarına erişebilecektir. Toplu aşı verileri, 7'inci Sınıf Ortaokul Aşı Programı'nı izlemek, fon sağlamak ve iyileştirmek için Victoria hükümetine açıklanabilir. Bu bilgiler herhangi bir kişinin kimliğini açıklamaz.

Siz ve çocuğunuzla ilgili bilgiler, doğrudan çocuğunuzun aşısı ile ilgili amaçlar için ve mantık çerçevesinde bekleyebileceğiniz şekilde kullanılacak ve açıklanacaktır. Bu, pratisyen hekiminize, çocuğunuzun pratisyen hekimine veya tedavi eden başka bir sağlık servisine veya hastaneye ya da başka bir belediyeye aktarmayı veya onlarla değiş tokuş etmeyi içerebilir. Belediye, okul aşı programı ile ilgili bilgileri SMS veya elektronik posta aracılığıyla size sağlayabilir. Çocuğunuzun devam ettiği yerel okul ile ilişkiye geçerek çocuğunuzun verilerine ulaşabilirsiniz.

Sadece ofisin kullanımı için:

1'inci dozun tarihi:

Hemşirenin adının baş harfleri:

2'inci dozun tarihi:

3'üncü dozun tarihi:

Hemşirenin adının baş harfleri:

Hemşirenin adının baş harfleri:

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: _____