

واکسن آبله مرغان (واریسلا)

واکسن توصیه شده برای دانش آموزان کلاس هفتم دبیرستان

لطفاً اطلاعات ارائه شده را مطالعه کنید.

فرم را تکمیل کنید، حتی اگر فرزندان واکسن را دریافت نمی کند.

فرم را جدا کرده و آن را به مدرسه بازگردانید.

- آیا فرزند شما به واکسن آبله مرغان نیاز دارد؟ برای کسب اطلاعات بیشتر به زیر مراجعه کنید.
- شورای محلی بزودی برای این برنامه واکسیناسیون به مدرسه شما خواهد آمد.
- واکسن رایگان در این سال تحصیلی در مدرسه، از طریق پزشک یا خدمات ایمن سازی شورای محلی موجود می باشد.
- لطفاً چک لیست کنترل پیش از ایمن سازی را مطالعه کنید و پیش از آن که فرزندان واکسینه شود، هرگونه نگرانی که دارید را با ارائه دهنده واکسیناسیون در میان بگذارید.
- فرزند شما ممکن است در یک روز نیاز به بیش از یک تزریق برای بیماری های متفاوت داشته باشد. احتمال بروز واکنش نسبت به واکسن ها افزایش نمی یابد.
- شما باید فرم رضایت نامه را به مدرسه بازگردانید، حتی اگر فرزندان واکسینه نمی شود، زیرا این کار به ارائه خدمات بهداشتی بهتر کمک می کند.

بیماری آبله مرغان

آبله مرغان عفونتی بسیار مسری است که عامل آن ویروس واریسلا زوستر می باشد. آبله مرغان از طریق عطسه و سرفه و تماس مستقیم با مایع داخل تاول های راش پوستی پخش می شود.

در کودکان تندرست، آبله مرغان معمولاً بیماری خفیف و کوتاه مدتی می باشد؛ بعضی وقت ها، آبله مرغان می تواند منجر به بروز بیماری های وخیم تری نظیر عفونت های باکتریایی پوستی که خود منجر به باقی ماندن جای زخم ها می شود، ذات الریه یا التهاب مغزی شود. بزرگسالانی که آبله مرغان می گیرند، عموماً علائم بیماری شدیدتری را تجربه می کنند. همچنین، ابتلا به آبله مرغان در دوران بارداری می تواند خطری بزرگ برای جنین به همراه داشته باشد. آبله مرغان می تواند سبب بیماری شدید و حتی مرگ در همه سنین شود.

دوره نهفته آبله مرغان 10 تا 21 روز است، که در پی آن ابتدا راشی پوستی به همراه دانه های کوچک سرخ نمایان می شود و بعد طی چند ساعت تبدیل به تاول می شود. این دانه های سرخ معمولاً در بالا تنه، صورت و دیگر نقاط بدن ظاهر می شوند. اکثر افراد مبتلا به آبله مرغان دچار تب و احساس ناخوشی می شوند و ممکن است خارش شدید را تجربه کنند.

هر فردی که هرگز دچار آبله مرغان نشده باشد، می تواند به آن مبتلا پیدا کند. پیش از برنامه واکسن آبله مرغان، حدود 75 درصد مردم پیش از سن 12 سالگی مبتلا به آبله مرغان می شدند.

آیا فرزند شما به واکسن آبله مرغان نیاز دارد؟

فرزند من عفونت آبله مرغان را قبلاً گرفته است، من چه کار باید بکنم؟

اگر مطمئن هستید که فرزندان قبلاً عفونت آبله مرغان داشته است، نیازی به واکسن ندارد. با این وجود، دریافت این واکسن برای کودکانی که عفونت آبله مرغان داشته اند ایمن است.

من مطمئن نیستم که فرزندم عفونت آبله مرغان را داشته است یا خیر، چه کار باید بکنم؟

فرزند شما باید واکسینه شود.

فرزند من یک بار واکسن آبله مرغان را دریافت کرده است، آیا باید واکسن دوم را اکنون دریافت کند؟

بله، دو نوبت واکسن آبله مرغان مصونیت را افزایش می دهد و خطر ابتلا به آبله مرغان را در آینده کاهش می دهد.

فرزند من یک نوبت واکسن آبله مرغان را دریافت کرده است و عفونت آبله مرغان هم داشته است، چه کار باید بکنم؟

اگر مطمئن هستید که فرزندان قبلاً عفونت آبله مرغان داشته است، نیازی به واکسن ندارد. با این وجود، دریافت این واکسن برای کودکانی که عفونت آبله مرغان داشته اند ایمن است.

واکسن آبله مرغان

واکسن آبله مرغان حاوی ویروس زنده ضعیف و اصلاح شده و مقدار کمی آنٹی بیوتیک، ننومایسین، است.

عوارض جانبی احتمالی واکسن آبله مرغان

عوارض جانبی متداول

- تب
- درد، سرخی و تورم در ناحیه تزریق
- برآمدگی کوچک و موقت در ناحیه تزریق
- امکان غش کردن تا 30 دقیقه پس از تزریق هر واکسن وجود دارد.
- چنانچه واکنش های خفیف در اثر واکسن نمایان شوند، عوارض جانبی را می توان به روش های زیر کاهش داد:
- نوشیدن مایعات اضافه و در صورت وجود تب، پوشیدن لباس زیاد
- گذاشتن پارچه ای مرطوب و سرد بر روی ناحیه دردناک تزریق
- استفاده از پاراستامول برای کاهش دادن ناراحتی.

عوارض جانبی غیر متداول

بین 5 تا 26 روز بعد از تزریق واکسن، حدود دو تا پنج دانه آبله مرغان-مانند ممکن است معمولاً در ناحیه تزریق یا بعضی وقت ها در دیگر نقاط بدن ظاهر شود و تا کمتر از یک هفته باقی بماند.

چنانچه این اتفاق بیافتد، فرد باید تا زمان خشک شدن دانه ها از تماس مستقیم با افرادی که سیستم دفاعی تضعیف شده دارند خودداری کنند.

عوارض جانبی بسیار نادر

- واکنش حساسیتی شدید

در صورت وقوع واکنش های حساسیتی شدید، مراقبت های فوری پزشکی ارائه خواهند شد. چنانچه واکنش ها شدید یا ممتد باشند، یا چنانچه نگران هستید، با پزشک خود یا بیمارستان تماس بگیرید.

چک لیست کنترل پیش از ایمن سازی

پیش از آنکه فرزند شما واکسینه شود، در صورت وجود هر یک از موارد زیر، پزشک یا پرستار را مطلع کنید:

- در ماه اخیر واکسنی حاوی ویروس زنده دریافت کرده است (مانند MMR، آبله مرغان یا ب ث ژ)
- در روز واکسیناسیون ناخوش است (با تب بالای 38.5 درجه سانتیگراد)
- حساسیت شدید دارد
- در پی واکسیناسیونی خاص واکنش شدید داشته است
- دچار بیماری است یا تحت درمانی قرار دارد که مصونیت را کاهش می دهد (برای مثال اچ ای وی/ایدز، لوکمیا (سرطان خون)، سرطان، رادیوتراپی، شیمی درمانی)
- داروهای استروئیدی غیر از اسپری های مخصوص آسم یا پماد های استروئیدی استفاده می کند (برای مثال، کورتیزون و پردنیزون)
- باردار است
- طی سه ماه گذشته ایمنوگلوبولین یا انتقال خون دریافت کرده است، یا طی نه ماه گذشته تزریق ایمنوگلوبولین داشته است.

پس از ایمن سازی به مدت 15 دقیقه در محل انجام واکسیناسیون بمانید.

اطلاعات بیشتر

www.betterhealth.vic.gov.au

immunehero.health.vic.gov.au

نحوه تکمیل فرم

لطفاً اطلاعات ارائه شده را مطالعه کنید.

فرم را تکمیل کنید، حتی اگر فرزندان واکسن را دریافت نمی کند.

فرم را جدا کرده و آن را به مدرسه بازگردانید.

برای همه کودکان

لطفا با ارائه جزئیات فرزند خود این قسمت را تکمیل کنید.

بعد

چنانچه می خواهید فرزندان واکسینه شود، این

قسمت را تکمیل کنید.

یا

چنانچه نمی خواهید فرزندان واکسینه شود، این

قسمت را تکمیل کنید.

فرم رضایت نامه واکسن آبله مرغان (وارسلا)

واکسن توصیه شده برای دانش آموزان کلاس هفتم نیوسان

لطفاً اطلاعات ارائه شده را مطالعه کنید.

فرم را تکمیل کنید، حتی اگر فرزندان واکسن را دریافت نمی کند.

فرم را جدا کرده و آن را به مدرسه بازگردانید.

مشخصات دانش آموز

شماره شناسه: 3 7 5 6 7 8 9 4 3 2 1 (مدرسه در محل خود وارد کنید)

نام خانوادگی: سیتیفلد

نام: ماریک

نشانی محل سکونت: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

کد پستی: 3000

مدرسه: دبیرستان پلاک

آیا این کودک از بومیا اورجینی یا جزایر تایلند-تگه توریس است؟ (لطفاً علامت گذاری کنید)

☒ بومی اورجینی ☐ جزیره تایلند-تگه توریس ☐ بومی اورجینی و جزیره تایلند-تگه توریس

مشخصات دانش و ولی یا سرپرست

نام خانوادگی: اسمیت

ایمیل: parentorguardian@internetprovider.com

شماره تلفن روزانه: 9123 4567

موبایل: 0404 123 456

تذکره: لطفاً چنانچه موافق هستید فرزندان در مدرسه واکسن آبله مرغان را دریافت کنند. این قسمت را امضاء کنید.

من اطلاعاتی که در مورد واکسن به من داده شده است، از جمله خطرات احتمالی و عوارض جانبی واکسن، را مطالعه و درک کرده ام. من درک می کنم که به تزریق یک نوبت واکسن آبله مرغان رضایت می دهم. به من فرصت این داده شده است که در مورد این واکسن یا ارائه دهنده واکسیناسیون صحبت کنم. من درک می کنم که می توانم در هر زمان پس از انجام واکسیناسیون از رضایت خود صرف نظر کنم.

☐ به، من رضایت می دهم فرزند واکسن آبله مرغان را دریافت کند (لطفاً علامت گذاری کنید)

من مشخصات آن را دارم که به واکسینه شدن فرزندم که مشخصاتش در بالا درج شده رضایت دهم.

نام ولی یا سرپرست (لطفاً خطا ننویسید):

امضاء ولی/سرپرست:

تاریخ: / /

با اگر نمی خواهید فرزندان واکسن را در مدرسه دریافت کنند:

خیر، من رضایت نمی دهم فرزند واکسن آبله مرغان را دریافت کند.

پس از مطالعه اطلاعات ارائه شده، نمی خواهم فرزندم با واکسن آبله مرغان ایمن سازی شود.

امضاء ولی/سرپرست:

تاریخ: / /

تذکره: به موجب این فرم مدرسه واکسیناسیون کلاس 7 نیوسان ها توسط دولت های استرالیا و دیگر ایالت ها می شود و توسط شورای ملی ارائه می گردد. تحت قانون بهداشت و کسری می شود (Public Health & Wellbeing Act 2008) شورای ملی مسئولیت هماهنگی و ارائه خدمات ایمن سازی به کودکان را به عهده دارد که در حوزه شورای ملی تعیین می کنند. شورای ملی در مشخصات قانون، خطا نمیدارد. مدرسه واکسیناسیون (Privacy and Data Protection Act 2014) و سایر قوانین و مقررات مربوط به اطلاعات شخصی است.

شورای ملی واکسن واکسیناسیون های ارائه شده به کودکان از طریق برنامه مدرسه را به نظر کشد. واکسیناسیون های مدارس استرالیا (Australian School Vaccination Register) (ASVR) کارایی می کند. اطلاعات شخصی دانش آموزان مدرسه نگهداری خواهد شد. این کار از طریق دفتر آموزشی مدرسه و حیوانات خانگی یا سایر موارد از طریق واکسیناسیون های مدرسه (ASVR) و سایر موارد انجام می شود. اگر دانش آموزان رضایت خود را از واکسیناسیون در مدرسه اعلام کنند، مدرسه واکسن آبله مرغان را به دانش آموزان ارائه خواهد کرد. این اطلاعات برای اهداف آموزشی و تحقیقاتی استفاده می شود. به برخی از این اطلاعات دسترسی خواهد داشت. به صورت مشخص از اطلاعات شخصی هیچ فردی نخواهد داشت.

از اطلاعات مربوط به شما یا فرزند شما برای مقاصد که مشخصاً به این فرم داده شده مربوط می شود استفاده یا به اشتراک گذاشته می شود، به برخی از این اطلاعات دسترسی خواهد داشت. این مکان است شامل انتقال یا استفاده از اطلاعات مربوط به پزشکی، خدمات بهداشتی یا بیمارستانی دیگر یا شورای ملی برای مقاصد آموزشی یا برای مقاصد دیگر. این اطلاعات مربوط به شما یا فرزند شما برای مقاصد دیگر از طریق DHS یا ایمیل برای شما ارسال خواهد شد. شما می توانید از طریق تماس با شورای ملی منطقه ای که فرزندتان در آن به مدرسه می رود، به اطلاعات فرزند خود دسترسی پیدا کنید.

خطا به منظور استفاده افزایی:

حروف اول نام و نام خانوادگی پرستان:

برای دریافت این سند در یک فرمت قابل دسترسی، به این آدرس ایمیلی ارسال کنید: immunisation@health.vic.gov.au

تصویب و نشر با مجوز دولت ویکتوریا، 1 Treasury Place, Melbourne.

© اداره بهداشت، ژوئیه 2016 (1607017)

فرم رضایت نامه واکسن آبله مرغان (واریسلا)

واکسن توصیه شده برای دانش آموزان کلاس هفتم دبیرستان

لطفاً اطلاعات ارائه شده را مطالعه کنید.

فرم را تکمیل کنید، حتی اگر فرزندان واکسن را دریافت نمی کند.

فرم را جدا کرده و آن را به مدرسه بازگردانید.

مشخصات دانش آموز

شماره مدیکر: (عدد واقع در کنار نام فرزندان)

نام خانوادگی: نام:

نشانی محل سکونت:

کد پستی: تاریخ تولد: / / جنسیت: ☐ مونث ☐ مذکر

مدرسه: گروه کلاسی:

آیا این کودک از بومیان ابوریجینی یا جزایر نشینان تنگه تورس است؟ (لطفاً علامت گذاری کنید)

☐ خیر ☐ بومی ابوریجینی ☐ جزیره نشین تنگه تورس ☐ بومی ابوریجینی و جزیره نشین تنگه تورس

مشخصات تماس با ولی و یا سرپرست

نام خانوادگی: نام:

ایمیل:

شماره تلفن روزانه: موبایل:

ولی/سرپرست، لطفاً چنانچه موافق هستید فرزندان در مدرسه واکسن آبله مرغان را دریافت کند، این قسمت را امضاء کنید.

من اطلاعاتی که در مورد واکسن به من داده شده است، از جمله خطرات بیماری و عوارض جانبی واکسن، را مطالعه و درک کرده ام. من درک می کنم که به تزریق یک نوبت واکسن آبله مرغان رضایت می دهم. به من فرصت آن داده شده است که در مورد این واکسن با ارائه دهنده واکسیناسیون صحبت کنم. من درک می کنم که می توانم در هر زمان پیش از انجام واکسیناسیون از رضایت خود صرف نظر کنم.

☐ بله، من رضایت می دهم فرزندم واکسن آبله مرغان را دریافت کند (لطفاً علامت گذاری کنید)

من صلاحیت آن را دارم که به واکسینه شدن فرزندم که مشخصاتش در بالا درج شده رضایت دهم.

نام ولی یا سرپرست (لطفاً خوانا بنویسید):

امضاء ولی/سرپرست: تاریخ: / /

یا اگر نمی خواهید فرزندان واکسن را در مدرسه دریافت کند:

خیر، من رضایت نمی دهم فرزندم واکسن آبله مرغان را دریافت کند.

پس از مطالعه اطلاعات ارائه شده، نمی خواهم فرزندم با واکسن آبله مرغان ایمن سازی شود.

امضاء ولی/سرپرست: تاریخ: / /

اظهاریه حریم خصوصی. بوجده برنامه واکسیناسیون کلاس 7 دبیرستان ها توسط دولت های استرالیا و ویکتوریا تأمین می شود و توسط شوراهای محلی ارائه می گردد. تحت قانون بهداشت و تندرستی مصوب (Public Health & Wellbeing Act 2008) شوراهای محلی مسئولیت هماهنگی و ارائه خدمات ایمن سازی به کودکانی را به عهده دارند که در حوزه شورای محلی تحصیل می کنند. شوراهای شهر در مطابقت با قانون حفظ حریم خصوصی و اطلاعات مصوب 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) و قانون سوابق بهداشتی مصوب 2001 (Health Records Act 2001) متعهد به محافظت از حریم خصوصی، محرمانگی، و ایمنی اطلاعات شخصی هستند.

شوراهای محلی کلیه واکسیناسیون های ارائه شده به نوجوانان از طریق برنامه مدرسه را به دفتر ثبت واکسیناسیون های مدارس استرالیایی (Australian School Vaccination Register) (ASVR) گزارش می کند. اطلاعات شخصی شناسایی شما محرمانه نگهداری خواهد شد. این کار ابزارهایی مانند فراخوانی مجدد و سیستم های یادآوری را برای بهبود میزان واکسیناسیون های نوجوانان را امکان پذیر می کند. بطور کلی، بهبود میزان واکسیناسیون ها بسیار مهم است. افراد به سوابق کلیه واکسیناسیون های خود در دفتر ثبت ایمن سازی استرالیا و ASVR دسترسی خواهند داشت. مجموع اطلاعات ایمن سازی ممکن است به منظور کنترل، تأمین بوجده و بهبود برنامه واکسیناسیون کلاس های 7 دبیرستان ها، در اختیار دولت استرالیا گذاشته شود. این اطلاعات حاوی مشخصات شناسایی هیچ فردی نمی شود.

از اطلاعات مرتبط به شما یا فرزند شما تنها برای مقاصدی که مستقیماً به ایمن سازی فرزند شما مربوط می شوند استفاده یا به اشتراک گذاشته می شود، و به روش هایی که شما به صورت منطقی انتظار دارید. این ممکن است شامل انتقال یا مبادله اطلاعات مرتبط با پزشک عمومی شما، پزشک عمومی فرزندان، خدمات بهداشتی یا بیمارستانی دیگر یا شورای محلی دیگری شود. شورای محلی ممکن است اطلاعات مرتبط با برنامه ایمن سازی مدارس را از طریق پیامک SMS یا ایمیل برای شما فراهم کند. شما می توانید از طریق تماس با شورای محلی منطقه ای که فرزندان در آن به مدرسه می رود، به اطلاعات فرزند خود دسترسی پیدا کنید.

فقط به منظور استفاده اداری:

حروف اول نام و نام خانوادگی پرستار:

تاریخ دریافت نوبت واکسن:

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: _____