

# ថ្នាំចាក់បង្ការរោគដុះបូសលើអង្គជាតិមនុស្ស (HPV)

ត្រូវបានណែនាំសម្រាប់កុមាររៀននៅសាលាមធ្យមសិក្សាថ្នាក់ទី 7

សូមអានព័ត៌មាននេះ។

បំពេញហ្វ័រមនេះ ទោះបីជាមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគក្តី។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឲ្យសាលារៀនវិញ។

- សាលាក្រុងប្រចាំតំបន់ នឹងអញ្ជើញទៅពិនិត្យមើលសាលារៀនក្នុងពេលឆាប់ៗខាងមុខនេះ សម្រាប់កម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគនេះ។
- ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគដោយឥតគិតថ្លៃមានផ្តល់ជូនឆ្នាំនេះនៅសាលារៀន កន្លែងវេជ្ជបណ្ឌិត ឬនៅសេវាចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់សាលាក្រុងប្រចាំតំបន់។
- សូមអានបញ្ជីឯកមើលមុនការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ ហើយពិភាក្សាអំពីកង្វល់ផ្នែកសុខភាពណាមួយ ជាមួយស្ថានីយ៍ផ្តល់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់លោកអ្នក មុនពេលបង់លោកអ្នកចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។
- កូនរបស់លោកអ្នកប្រហែលជាចាំបាច់ត្រូវចាក់ថ្នាំច្រើនជាងមួយលើក សម្រាប់ជំងឺផ្សេងៗគ្នាក្នុងថ្ងៃតែមួយ។ ការនេះនឹងរំលឹកឲ្យកូនរបស់លោកអ្នកមានប្រតិកម្មនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគឡើយ។
- លោកអ្នកត្រូវបញ្ជូនហ្វ័រមនេះយល់ព្រមទៅសាលារៀនវិញ ទោះបីជាកូនរបស់លោកអ្នកមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគក្តី ដោយព្រោះថាការនេះជួយក្នុងការផ្តល់ជូនសេវាសុខភាពកាន់តែប្រសើរឡើង។

## តើរោគដុះបូសលើអង្គជាតិមនុស្សជាអ្វី?

HPV គឺជាមេរោគដែលច្រើនកើតមាននៅក្នុងចំណោមបុរស និងស្ត្រី។ ជាទូទៅ វាច្រើនតែឆ្លងដោយប្រភេទ HPV មួយ ឬច្រើនប្រភេទក្នុងរយៈពេលដ៏ខ្លីក្រោយពេលមានសកម្មភាពផ្លូវភេទ។ ភាគច្រើននៃការឆ្លងរោគ HPV រំពុលរលាយឲ្យមានរោគសញ្ញាអ្វីឡើយ ហើយជ្រះស្អាតស្រឡះពីរាងកាយក្នុងរយៈពេលតិចជាងមួយឆ្នាំ ដោយមនុស្សទាំងឡាយពុំបានដឹងខ្លួនថាគេបានឆ្លងរោគឡើយ។ ប្រភេទនៃរោគ HPV មួយចំនួនអាចបណ្តាលឲ្យដុះសាច់លើអង្គជាតិ និងជំងឺមហារីកមួយចំនួន។ ជំងឺមហារីកទាំងនេះរួមមានជំងឺមហារីកកស្វ័នស្ត្រី ជំងឺមហារីកលើអង្គជាតិបុរស និងស្ត្រី និងជំងឺមហារីកមាត់ និងបំពង់កមួយចំនួន។

## តើមានគុណប្រយោជន៍អ្វីខ្លះពីការចាក់ថ្នាំចាក់បង្ការរោគ HPV?

ថ្នាំបង្ការរោគ HPV គឺ GARDASIL® ការពារទប់ទល់មេរោគ HPV ពីប្រភេទដែលបណ្តាលឲ្យកើតមានដល់ទៅ៧០ភាគរយនៃជំងឺមហារីកកស្វ័នស្ត្រី និង៩០ភាគរយនៃជំងឺមហារីកទាត់ទិននឹងរោគ HPV ក្នុងបុរស។ វាក៏ការពារទប់ទល់នឹងរោគ HPV ពីប្រភេទថែមទៀតផងដែរដែលបណ្តាលឲ្យកើតមានដល់ទៅ៩០ភាគរយនៃជំងឺដុះសាច់លើអង្គជាតិ។

ថ្នាំចាក់បង្ការរោគផ្តល់នូវការការពារដ៏ល្អបំផុត ពេលណាថ្នាំនេះបានចាក់ឲ្យនរណាម្នាក់មុនពេលគេចាប់ផ្តើមមានសកម្មភាពផ្លូវភេទ។ ថ្នាំបង្ការរោគអាចទប់ស្កាត់ជំងឺបាន ក៏ប៉ុន្តែពុំអាចព្យាបាលការឆ្លងរោគ HPV ដែលកើតមានរួចមកហើយនោះឡើយ។

## តើថ្នាំចាក់បង្ការរោគត្រូវបានផ្តល់ឲ្យតាមរបៀបណា?

ថ្នាំចាក់បង្ការរោគ HPV មានការចាក់ថ្នាំតាមម្តុលចំនួនបីលើកនៅក្នុងដើមដៃក្នុងអំឡុងពេលប្រាំមួយខែ។

## តើថ្នាំចាក់បង្ការរោគនឹងការពារក្នុងរយៈពេលយូរប៉ុណ្ណាដែរ?

ការសិក្សានៅពេលថ្មីៗនេះបានបង្ហាញថា មានការបន្តការពារទប់ទល់នឹងរោគ HPV តទៅទៀត។ ការសិក្សាកំពុងធ្វើបន្តដើម្បីកំណត់ថាតើការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគបន្ថែមគឺជាការចាំបាច់នៅពេលអនាគតឬទេ។

## តើថ្នាំចាក់បង្ការរោគ HPV មានសុវត្ថិភាពយ៉ាងណាដែរ?

វាមានសុវត្ថិភាព និងអត់ឱនបានច្រើន។ បរិមាណចំនួននៃការចាក់ថ្នាំជាច្រើនលានលើកបានផ្តល់ឲ្យពេញទាំងពិភពលោក។ ថ្នាំចាក់បង្ការរោគពុំមានមេរោគ HPV ទេ ក៏ប៉ុន្តែទំនងជាដូចគ្នានឹងមេរោគនេះដែរដើម្បីធ្វើឲ្យរាងកាយបង្កើតអង្គបដិបក្ខដែលទប់ស្កាត់ការឆ្លងមេរោគ HPV។

## តើក្មេងស្រីចាំបាច់ត្រូវការធ្វើតេស្តរកមេរោគពិនិត្យកស្វ័ននៅពេលក្រោយមកក្នុងជីវិតរស់នៅឬ?

បាទ/ចាស ដោយព្រោះថាថ្នាំចាក់បង្ការរោគពុំទប់ស្កាត់ការឆ្លងមេរោគ HPV គ្រប់ប្រភេទដែលបង្កឱ្យកើតជំងឺមហារីកកស្វ័នទេ ដូច្នេះការធ្វើតេស្តរកមេរោគពិនិត្យកស្វ័ននៅតែមានសារៈសំខាន់ចំពោះស្ត្រីនៅពេលក្រោយមកក្នុងជីវិតរស់នៅ។ ការធ្វើតេស្តរកមេរោគពិនិត្យកស្វ័ន ត្រូវបានណែនាំសម្រាប់គ្រប់ស្ត្រីរៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តង ចាប់ពីអាយុ១៨ឆ្នាំ ឬពីរឆ្នាំក្រោយពេលគេចេះរួមភេទជាលើកដំបូង គឺមួយណាដែលកើតមានក្រោយគេ។ ការធ្វើតេស្តរកមេរោគពិនិត្យកស្វ័នបានទៀងទាត់ កាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការវិវត្តន៍ជំងឺមហារីកកស្វ័ន។

សេវាបកប្រែភាសាសរសេរ  
និងនិយាយ  
ទូរស័ព្ទលេខ 131 450



## តើអាចកើតមានផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំអ្វីខ្លះ?

### ផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំដែលកើតមានជាទូទៅ

- ការឈឺចាប់ ការឡើងក្រហម និងហើមនៅត្រង់កន្លែងចាក់ថ្នាំ
- កើតមានផ្សំកបណ្តោះអាសន្នតូចមួយនៅត្រង់កន្លែងចាក់ថ្នាំ
- គ្រុនក្តៅកំរិតទាប
- មានអារម្មណ៍មិនស្រួលខ្លួន
- ឈឺក្បាល
- ការខ្សោយចង់សន្ធឹកអាចកើតមានរហូតដល់ទៅ៣០នាទីបន្ទាប់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគណាមួយ។

ប្រសិនបើកើតមានប្រតិកម្មបន្តិចបន្តួច ផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំអាចកាត់បន្ថយបានដោយ:

- ផឹកវត្ថុរុបន្តែមទៀត និងកុំស្លៀកពាក់ច្រើនហួស ប្រសិនបើបុគ្គលមានជំងឺគ្រុនក្តៅ
- ដាក់ក្រណាត់សើមត្រជាក់លើកន្លែងចាក់ថ្នាំដែលឈឺ
- លេបថ្នាំថ្នាំស៊ីតាម៉ូល(paracetamol) ដើម្បីកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ ឬស្រួល។

### ផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំពុំកើតមានជាទូទៅ

- កន្ទួល ឬបន្ទាសត្រអាក

នេះត្រូវបានណែនាំថាជនណាដែលកើតមានកន្ទួល ឬបន្ទាសត្រអាកក្រោយពេលចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ គួរពិគ្រោះជាមួយស្ថាប័នផ្តល់ការចាក់ថ្នាំការពាររោគរបស់គេ មុននឹងទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគប្រភេទដូចគ្នាបន្ថែមទៀត។

### ផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំដែលកម្រកើតមាន

- កើតមានប្រតិកម្មទាស់ធ្ងន់ធ្ងរ ឧទាហរណ៍ ការហើមមុខ ការពិបាកដកដង្ហើម។

ក្នុងព្រឹត្តិការណ៍ដែលកើតមានប្រតិកម្មទាស់ធ្ងន់ធ្ងរ ការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកពេទ្យភ្លាមៗនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូន។ ប្រសិនបើប្រតិកម្មមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬពុំស្រាកស្រានូរទៅវិញទេ ឬលោកអ្នកមានការព្រួយបារម្ភ សូមទាក់ទងជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នក ឬមន្ទីរពេទ្យ។

## បញ្ជីឆែកមើលមុនការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ

មុនពេលត្រូវបស់លោកអ្នកចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ សូមប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតឬគិលានុបដ្ឋាក ប្រសិនបើមានអ្វីមួយដូចតទៅកើតមានឡើង។

- ពុំស្រួលខ្លួននៅថ្ងៃចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (ឡើងកំដៅលើសពី ៣៨.៥ អង្សា)
- ធ្លាប់មានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរទៅនឹងថ្នាំចាក់បង្ការរោគណាមួយ
- មានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរទាស់ធ្ងន់ធ្ងរណាមួយ ដូចជាប្រតិកម្មទាស់យ៉ាងខ្លាំងទៅនឹងជំងឺដុះស្បែកលើស្បែកប្រភេទឡាង
- មានផ្ទៃពោះ។

បន្ទាប់ពីបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគហើយ សូមរង់ចាំនៅកន្លែងចាក់ថ្នាំបង្ការរោគឱ្យបានយ៉ាងតិច១៥នាទី។

## ព័ត៌មានបន្ថែម

[www.betterhealth.vic.gov.au](http://www.betterhealth.vic.gov.au)

[www.hpvvaccine.org.au](http://www.hpvvaccine.org.au)

[www.cancerscreening.gov.au](http://www.cancerscreening.gov.au)

[www.hpvregister.org.au](http://www.hpvregister.org.au)

[immunehero.health.vic.gov.au](http://immunehero.health.vic.gov.au)

## របៀបបំពេញហ្វ័រម

សូមអានព័ត៌មាន។

បំពេញហ្វ័រមនេះ ទោះបីជាមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគក្តី។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

## សម្រាប់កុមារទាំងអស់

សូមបំពេញព័ត៌មានលំអិតរបស់កុមារ។

## បន្ទាប់មក

បំពេញផ្នែកនេះ

ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រាថ្នាចង់ឱ្យកូនរបស់លោកអ្នកចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។

ឬ

បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកពុំប្រាថ្នាចង់ឱ្យកូនរបស់លោកអ្នកចាក់ថ្នាំបង្ការរោគទេ។

ដើម្បីទទួលយកឯកសារនេះជាទម្រង់ដែលអាចប្រើប្រាស់បាន:

អ៊ីមែល: [immunisation@health.vic.gov.au](mailto:immunisation@health.vic.gov.au)

អត្តសញ្ញាត និងបោះពុម្ពផ្សាយដោយរដ្ឋាភិបាលរដ្ឋវិចត្រីយ៉ា, 1 Treasury Place, Melbourne. © ក្រសួងសុខាភិបាល ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០១៦ (1607016)

## ហ្វ័រមយល់ព្រមដើម្បីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគដុះប្លង់លើអង្គជាតិមនុស្ស (HPV)

ប្រព័ន្ធនៃការបំពេញហ្វ័រមនេះមានលក្ខណៈសុវត្ថិភាពខ្ពស់។

សូមអានព័ត៌មាន។

បំពេញហ្វ័រមនេះ ទោះបីជាមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគក្តី។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

ផ្តាច់ហ្វ័រមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

# ហ៊ុមយល់ព្រមដើម្បីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគដុះបូសលើអង្គជាតិមនុស្ស (HPV)

ត្រូវបានណែនាំសម្រាប់កុមាររៀននៅសាលាមធ្យមសិក្សាថ្នាក់ទី 7

សូមអានព័ត៌មាននេះ។

បំពេញហ៊ុមនេះ ទោះបីជាមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគក្តី។

ផ្តាច់ហ៊ុមនេះចេញ ហើយបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលារៀនវិញ។

## ព័ត៌មានលំអិតរបស់សិស្ស

លេខមេឌីវែម         (លេខនៅក្បែរឈ្មោះកុមារ)

នាមត្រកូល: នាមខ្លួន:

អាសយដ្ឋានរស់នៅ:

លេខកូដតំបន់: ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / / ភេទ: ☐ ស្រី ☐ ប្រុស

សាលារៀន: ក្រុមថ្នាក់រៀន:

តើបុគ្គលនេះមានដើមកំណើតជាជនជាតិដើម ឬអ្នករស់នៅលើកោះ Torres Strait? (សូមជ្រើស)

☐ ទេ ☐ ជនជាតិដើម ☐ អ្នករស់នៅលើកោះ Torres Strait ☐ ជនជាតិដើម និងអ្នករស់នៅលើកោះ Torres Strait

## ព័ត៌មានទាក់ទងរបស់មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល

នាមត្រកូល: នាមខ្លួន:

អ៊ីម៉ែល:

លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ: ទូរស័ព្ទចល័ត:

## មាតា ឬបិតា/អាណាព្យាបាល សូមចុះហត្ថលេខាលើលោកអ្នកយល់ព្រមឱ្យកូនរបស់លោកអ្នកទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគដុះបូសលើអង្គជាតិមនុស្ស (HPV) នៅសាលារៀន។

ខ្ញុំបានអាន ហើយយល់ដឹងព័ត៌មានដែលបានផ្តល់មកឱ្យខ្ញុំអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ មានរួមទាំងភាពប្រចុយគ្រោះថ្នាក់នៃជំងឺ និងផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំនៃថ្នាំចាក់បង្ការរោគផងដែរ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំកំពុងផ្តល់ការយល់ព្រមសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ HPV ចំនួនបីលើកដែលត្រូវចាក់ចែងឡើងវិញរយៈពេលបួន ទៅប្រាំមួយខែ។ ខ្ញុំបានទទួលបានការព្រមានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគជាមួយស្ថាប័នផ្តល់ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចដកចេញការយល់ព្រមនេះនៅពេលណាក៏បានមុនការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគកើតមានឡើង។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ស្ថាប័នផ្តល់ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគនឹងគាំទ្រការព័ត៌មានលំអិតអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ HPV ហើយថា ព័ត៌មានលំអិតអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់កូនខ្ញុំ នឹងត្រូវគេបញ្ជូនទៅបញ្ជីកម្មវិធីជាតិនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ HPV ។

☐ បាទ/ចាស៍ ខ្ញុំយល់ព្រមទៅនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគដុះបូសលើអង្គជាតិមនុស្ស (HPV) (សូមជ្រើស)

ខ្ញុំបានទទួលការអនុញ្ញាតដើម្បីផ្តល់ការយល់ព្រមសម្រាប់កុមារខាងលើនេះទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។

ឈ្មោះមាតា ឬបិតា/អាណាព្យាបាល(សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ព):

ហត្ថលេខារបស់មាតា ឬបិតា/អាណាព្យាបាល: កាលបរិច្ឆេទ: / /

## ទេ។ ខ្ញុំមិនយល់ព្រមទៅនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ HPV ឡើយ។

បន្ទាប់ពីបានអានព័ត៌មានដែលផ្តល់ឱ្យ ខ្ញុំពុំប្រាថ្នាចង់ឱ្យកូនរបស់ខ្ញុំចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ HPV ទេ។

ហត្ថលេខារបស់មាតា ឬបិតា/អាណាព្យាបាល: កាលបរិច្ឆេទ: / /

**សេចក្តីប្រកាសអំពីរឿងឯកជន។** កម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ សាលាមធ្យមសិក្សាថ្នាក់ទី 7 បានទទួលការឧបត្ថម្ភវិភាគដោយរដ្ឋាភិបាលអូស្ត្រាលី និងរដ្ឋាភិបាលវិចិត្រវិយ៉ា ហើយប្រគល់ជូនដោយសាលាក្រុងប្រចាំតំបន់។ នៅក្រោមច្បាប់សុខភាព និងសុខុមាលភាពសាធារណៈ ឆ្នាំ២០០៨ (Public Health and Wellbeing Act 2008) សាលាក្រុងប្រចាំតំបន់ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការសម្របសម្រួល និងការផ្គត់ផ្គង់សេវាចាក់ថ្នាំបង្ការរោគទៅដល់កុមារដែលកំពុងទទួលការអប់រំនៅក្នុងតំបន់នៃសាលាសង្កាត់។ សាលាក្រុងប្រចាំតំបន់ មានការប្តេជ្ញាដើម្បីការពាររឿងឯកជន ភាពលាក់កាសម្ងាត់ និងសន្តិសុខនៃព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ស្របទៅតាមច្បាប់កិច្ចការពាររឿងឯកជន និងទិន្នន័យ ឆ្នាំ២០១៤ (Privacy and Data Protection Act 2014) និង ច្បាប់កំណត់ត្រាសុខភាព ឆ្នាំ២០០១ (Health Records Act 2001)។

សាលាក្រុងប្រចាំតំបន់ រាយការណ៍អំពីការចាក់ថ្នាំមនុស្សវ័យដំបូងទាំងអស់ដែលបានផ្តល់តាមរយៈកម្មវិធីសាលារៀន ទៅបញ្ជីចាក់ថ្នាំនៅតាមសាលារៀនអូស្ត្រាលី (Australian School Vaccination Register) (ASVR)។ ព័ត៌មានលម្អិតផ្ទាល់ខ្លួនដែលសម្គាល់ដឹង នឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាសម្ងាត់។ ព័ត៌មានដែលប្រមូលបាន នឹងយកប្រើជាឧបករណ៍ ដូចជាប្រព័ន្ធប្រមូលហេតុមកវិញ និងក្រើនរំលឹកដើម្បីកែលម្អអត្រាចាក់ថ្នាំបង្ការរោគជាទូទៅ។ បុគ្គលម្នាក់ៗនឹងមានលទ្ធភាពបើកចូលកំណត់ត្រានៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគទាំងអស់របស់ពួកគេ ដែលបានកត់ត្រាទុកក្នុងបញ្ជីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអូស្ត្រាលី ហើយនិង ASVR។ ទិន្នន័យចាក់ថ្នាំបង្ការរោគសរុប អាចបញ្ចេញទៅឱ្យរដ្ឋាភិបាលវិចិត្រវិយ៉ា សម្រាប់គោលបំណងនៃការត្រួតពិនិត្យ ការផ្គត់ផ្គង់ថ្នាំ និងការកែលម្អកម្មវិធីចាក់ថ្នាំសាលាមធ្យមសិក្សាថ្នាក់ទី 7។ ព័ត៌មានមាននេះមិនសម្គាល់ដឹងពីអត្តសញ្ញាណរបស់បុគ្គលណាមួយឡើយ។

ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងលោកអ្នក ឬកូនរបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញសម្រាប់គោលបំណងទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់កូនលោកអ្នក ហើយនៅក្នុងវិធីដែលលោកអ្នកនឹងរំពឹងទុកថាសមហេតុផល។ នេះអាចរួមបញ្ចូលទាំងការផ្ទេរ ឬផ្តោតលើព័ត៌មានទាក់ទងទៅឱ្យរដ្ឋបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នក រដ្ឋបណ្ឌិតរបស់កូនលោកអ្នក ទៅសេវាកម្មព្យាបាលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀត ឬសាលាក្រុងប្រចាំតំបន់ផ្សេងទៀត។ សាលាក្រុងប្រចាំតំបន់អាចផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវព័ត៌មានទាក់ទងនឹងកម្មវិធីចាក់ថ្នាំនៅសាលារៀន តាមរយៈ SMS ឬអ៊ីម៉ែល។ លោកអ្នកអាចបើកចូលទិន្នន័យរបស់កូនលោកអ្នក ដោយទាក់ទងសាលាក្រុងប្រចាំតំបន់ ជាកន្លែងដែលកូនរបស់លោកអ្នកទៅរៀន។

សម្រាប់ការិយាល័យប្រើប្រាស់:	កាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់ថ្នាំលើកទី២:	ហត្ថលេខាសម្រេចរបស់គិលានុបដ្ឋាក:
កាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់ថ្នាំលើកទី១:	ហត្ថលេខាសម្រេចរបស់គិលានុបដ្ឋាក:	កាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់ថ្នាំលើកទី៣:
		ហត្ថលេខាសម្រេចរបស់គិលានុបដ្ឋាក:

# 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](http://www.betterhealth.vic.gov.au)

[www.hpvvaccine.org.au](http://www.hpvvaccine.org.au)

[www.cancerscreening.gov.au](http://www.cancerscreening.gov.au)

[www.hpvregister.org.au](http://www.hpvregister.org.au)

[immunehero.health.vic.gov.au](http://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](mailto: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: \_\_\_\_\_