

Vaccino contro il papillomavirus umano

Raccomandato per ragazzi dell'anno 7 delle scuole superiori

Leggi le informazioni.

Riempi il modulo **anche se il vaccino non viene somministrato**.

Stacca il modulo e restituiscilo alla scuola.

- Un inviato del Comune farà presto visita alla scuola per questo programma di vaccinazioni.
- Quest'anno il vaccino gratuito è disponibile a scuola, dal medico o presso il servizio di immunizzazione del Comune.
- Leggi l'elenco di cose da verificare prima dell'immunizzazione e rivolgiti a chi fa la vaccinazione prima che tuo figlio sia vaccinato nel caso in cui tu abbia preoccupazioni riguardanti l'immunizzazione.
- Tuo figlio può avere bisogno di più di un'iniezione per malattie diverse nello stesso giorno. Ciò non aumenterà le probabilità che tuo figlio abbia una reazione al vaccino.
- Devi restituire il modulo di consenso alla scuola anche se tuo figlio non viene vaccinato perchè questo aiuta a fornire migliori servizi sanitari.

Che cos'è il papillomavirus umano?

L'HPV è un virus molto comune negli uomini e nelle donne. Capita con molta frequenza di essere infettati da uno o più tipi di HPV subito dopo l'inizio dell'attività sessuale. Gran parte delle infezioni da HPV non presenta sintomi ed è eliminata dal corpo in meno di un anno senza che la persona sia a conoscenza di essere stata infettata. Alcuni tipi di HPV possono provocare verruche genitali ed alcuni tipi di cancro. Questi ultimi comprendono il cancro al collo dell'utero nelle donne, cancri nell'area genitale negli uomini e nelle donne, ed alcuni tipi di cancro alla bocca ed alla gola.

Quali sono i benefici del vaccino contro l'HPV?

Il vaccino contro l'HPV, GARDASIL® protegge contro due tipi di HPV che provocano il 70 per cento dei tumori al collo dell'utero nelle donne ed il 90 per cento di tumori collegati all'HPV negli uomini. Il vaccino protegge anche contro altri due tipi di HPV che provocano il 90 per cento delle verruche genitali.

Il vaccino assicura la protezione più elevata quando viene somministrato prima che la persona diventi attiva sessualmente. Il vaccino previene la malattia ma non cura le infezioni preesistenti da HPV.

In che modo viene somministrato il vaccino?

Il vaccino contro l'HPV consiste in tre iniezioni fatte nella parte superiore del braccio nell'arco di sei mesi.

Quanto dura la protezione del vaccino?

Studi recenti hanno rilevato una buona e continuativa protezione contro l'HPV. Gli studi continuano per determinare se una dose supplementare sia necessaria in futuro.

Quanto sicuro è il vaccino dell'HPV?

È sicuro e ben tollerato. Milioni di dosi sono state somministrate in tutto il mondo. Il vaccino non contiene l'HPV ma sembra essere abbastanza simile al virus in modo che il corpo produca anticorpi, che prevengono l'infezione da HPV.

Le ragazze avranno bisogno di test di screening al collo dell'utero quando saranno più grandi?

Sì. Siccome il vaccino non previene tutti i tipi di infezioni HPV che causano il cancro al collo dell'utero, i test di screening sono ancora fondamentali per le donne in età avanzata. I test di screening al collo dell'utero sono raccomandati per tutte le donne ogni due anni, a partire dai 18 anni o due anni dopo essere diventate sessualmente attive, qualunque avvenga più tardi. Fare regolari test di screening al collo dell'utero riduce il rischio di sviluppare il cancro.

Servizio di traduzione
e interpretariato
Chiama il 131 450



Quali sono i possibili effetti collaterali?

Comuni effetti collaterali

- Dolore, arrossamento e gonfiore nel punto dell'iniezione
- Un piccolo nodulo temporaneo nel punto dell'iniezione
- Febbre bassa
- Sensazione di malessere
- Mal di testa
- Uno svenimento si può verificare fino a 30 minuti dopo ogni vaccinazione

Se si verificano reazioni leggere, gli effetti collaterali possono essere ridotti:

- bevendo molti liquidi e non indossando troppi indumenti se la persona ha la febbre
- applicando un panno bagnato freddo sul punto dell'iniezione
- prendendo paracetamolo per ridurre la sensazione di malessere

Effetti collaterali insoliti

- Dermatite o orticaria

Si raccomanda a chi ha dermatite o orticaria dopo un vaccino di rivolgersi a chi ha somministrato l'immunizzazione prima di assumere altre dosi di quel vaccino.

Effetti collaterali rari

- Una grave reazione allergica, per esempio gonfiore del viso, difficoltà respiratorie

Nel caso di una grave reazione allergica, sarà fornita assistenza medica immediata. Se le reazioni sono gravi o persistenti, o se siete preoccupati, contattate il vostro medico o l'ospedale.

Elenco di cose da verificare prima dell'immunizzazione

Prima che il bambino sia immunizzato, dite al vostro medico o infermiere se si verifica quanto segue.

- Sta male il giorno dell'immunizzazione (temperatura superiore a 38.5C)
- Ha avuto una grave reazione a qualche vaccino
- Ha una forte allergia, tipo una reazione anafilattica al lievito
- È incinta.

Dopo la vaccinazione rimani lì dove hai fatto la vaccinazione per almeno 15 minuti.

Maggiori informazioni

www.betterhealth.vic.gov.au

www.hpvvaccine.org.au

www.cancerscreening.gov.au

www.hpvregister.org.au

immunehero.health.vic.gov.au

Come riempire il modulo

Leggi le informazioni.

Riempi il modulo **anche se il vaccino non sarà somministrato**.

Stacca il modulo e restituisilo alla scuola.

Per tutti i ragazzi

Riempite con i dati del ragazzo

Lì

Completa questa parte se vuoi che vostro figlio sia vaccinato.

Oppure

Completa questa parte se non vuoi che vostro figlio sia vaccinato.

Liberatoria per la somministrazione del vaccino contro il papillomavirus umano (HPV)

Raccomandato per i ragazzi dell'anno 7 delle scuole superiori

Leggi le informazioni.

Riempi il modulo **anche se il vaccino non sarà somministrato**.

Stacca il modulo e restituisilo alla scuola.

Generalità dello studente

Numero Medicare: 1234 56789 0 1 (numero di fianco al nome del figlio)

Cognome: CITTADINO Nome: MARK

Indirizzo: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

Codice postale: 3000 Data di nascita: 18/10/2000 Sesso: Femminile Maschile

Scuola: BLOCK HIGH SCHOOL Gruppo di studio: 7A

Questa persona è di origini aborigene o delle Isole dello Stretto di Torres? (barrare)

No Aborigeno Proveniente dalle Isole dello Stretto di Torres Aborigeno e proveniente dalle Isole dello Stretto di Torres

Dati di contatto del genitore o del tutore

Cognome: CITTADINO Nome: SUSAN

Email: parentguardian@internetprovider.com

Recapito telefonico diurno: 9123 4567 Cellulare: 0404 123 456

Genitore/tutore, sei pregato di firmare se acconsenti alla somministrazione del vaccino contro il papilloma virus umano (HPV) a tuo figlio o scuola.

Ho letto e compreso le informazioni che mi sono state date sulla vaccinazione, comprese quelle sui rischi di malattie ed effetti collaterali del vaccino. So che sto dando l'autorizzazione per la somministrazione di tre dosi del vaccino HPV nell'arco di quattro-sei mesi. Mi è stata data l'opportunità di parlare del vaccino con chi lo somministra. So che il consenso può essere ritirato in qualsiasi momento prima che si faccia la vaccinazione. So che chi somministra il vaccino registrerà i dati della vaccinazione e che quelli riguardanti mio figlio saranno consegnati al Registro del programma nazionale per la vaccinazione contro l'HPV.

SÌ, ACCONSENTO alla vaccinazione contro il papillomavirus umano (HPV) (barrare)

Sono autorizzato a dare il consenso per la vaccinazione al ragazzo su menzionato.

Nome del genitore/tutore (a stampatello):

Firma del genitore/tutore: _____ Data: / /

No. Non acconsento alle vaccinazioni contro l'HPV.

Dopo avere letto le informazioni fornite, non voglio che mio figlio sia vaccinato con i vaccini HPV.

Firma del genitore/tutore: _____ Data: / /

Informazione sulla privacy: Il Programma di vaccini per gli alunni dell'anno 7 di Scuole superiori (Secondary School Vaccine Program) è sovvenzionato dal governo australiano e dal Victoria, ed erogato dal Comune. Secondo la Legge del 2008 per la salute ed il benessere pubblico (Public Health and Wellbeing Act 2008), i Comuni sono responsabili per il coordinamento e l'erogazione di servizi di vaccinazione ai bambini che vanno a scuola nel distretto municipale. I Comuni sono detti alla protezione della privacy, della riservatezza e della sicurezza delle informazioni personali, in base alla legge del 2014 sulla privacy e la protezione dei dati (Privacy and Data Protection Act 2014) e la Legge del 2001 sulle cartelle cliniche (Health Records Act 2001).

I Comuni riportano tutti i vaccini per gli adolescenti somministrati mediante programmi scolastici al Registro australiano per le vaccinazioni scolastiche (Australian School Vaccination Register - ASVVR). I dati personali identificativi saranno tenuti riservati. Ciò fornisce strumenti come sistemi di rimborso e promemoria per migliorare i tassi di vaccinazione tra gli adolescenti. Questo è importante per migliorare le percentuali di immunizzazione in generale. Le persone avranno accesso ai loro dati di tutte le vaccinazioni registrate nel Registro australiano delle immunizzazioni (Australian Immunisation Register) e nell'ASVVR. Dati aggregati sulle vaccinazioni possono essere divulgati al governo del Victoria allo scopo di monitorare, sovvenzionare e migliorare il Programma scolastico di vaccinazione dell'anno 7 (Year 7 Secondary School Vaccine Program). Queste informazioni non identificano alcun individuo.

Le informazioni che riguardano voi o vostro figlio saranno utilizzate o divulgate per scopi direttamente correlati alla vaccinazione di vostro figlio, e in modi che ragionevolmente vi aspettavate. Può essere compreso il trasferimento o lo scambio di informazioni rilevanti al vostro GP, al GP di vostro figlio, ad un altro servizio sanitario curante, ospedale o un altro Comune. Il Comune può fornire informazioni riguardanti il programma di vaccinazione della scuola via SMS o e-mail. Potete accedere ai dati di vostro figlio contattando il Comune dove vostro figlio frequenta la scuola.

Riservato all'ufficio: _____ Data della seconda dose: _____ Iniziali dell'infermiere: _____
Data della prima dose: _____ Iniziali dell'infermiere: _____ Data della terza dose: _____ Iniziali dell'infermiere: _____

Per ricevere questo documento in un'email di formato accessibile: immunisation@health.vic.gov.au

Autorizzato e pubblicato dal governo del Victoria, 1 Treasury Place, Melbourne. © Ministero della Salute, Luglio 2016 (1607016)

Liberatoria per la somministrazione del vaccino contro il papillomavirus umano (HPV)

Raccomandato per i ragazzi dell'anno 7 delle scuole superiori

Leggi le informazioni.

Riempi il modulo **anche se il vaccino non sarà somministrato**.

Stacca il modulo e restituisilo alla scuola.

Generalità dello studente

Numero Medicare: (numero di fianco al nome del figlio)

Cognome: _____ Nome: _____

Indirizzo: _____

Codice postale: _____ Data di nascita: / / Sesso: Femminile Maschile

Scuola: _____ Gruppo di studio: _____

Questa persona è di origini aborigene o delle Isole dello Stretto di Torres? (barrare)

No Aborigeno Proveniente dalle Isole dello Stretto di Torres Aborigeno e proveniente dalle Isole dello Stretto di Torres

Dati di contatto del genitore o del tutore

Cognome: _____ Nome: _____

Email: _____

Recapito telefonico diurno: _____ Cellulare: _____

Genitore/tutore, sei pregato di firmare se acconsenti alla somministrazione del vaccino contro il papilloma virus umano (HPV) a tuo figlio a scuola.

Ho letto e compreso le informazioni che mi sono state date sulla vaccinazione, comprese quelle sui rischi di malattie ed effetti collaterali del vaccino. So che sto dando l'autorizzazione per la somministrazione di tre dosi del vaccino HPV nell'arco di quattro-sei mesi. Mi è stata data l'opportunità di parlare del vaccino con chi lo somministra. So che il consenso può essere ritirato in qualsiasi momento prima che si faccia la vaccinazione. So che chi somministra il vaccino registrerà i dati della vaccinazione e che quelli riguardanti mio figlio saranno consegnati al Registro del programma nazionale per la vaccinazione contro l'HPV.

Sì, ACCONSENTO alla vaccinazione contro il papillomavirus umano (HPV) (barrare)

Sono autorizzato a dare il consenso per la vaccinazione al ragazzo su menzionato.

Nome del genitore/tutore (a stampatello): _____

Firma del genitore/tutore: _____ Data: / /

No. Non acconsento alle vaccinazioni contro l'HPV.

Dopo avere letto le informazioni fornite, non voglio che mio figlio sia vaccinato con i vaccini HPV.

Firma del genitore/tutore: _____ Data: / /

Informativa sulla privacy. Il Programma di vaccini per gli alunni dell'anno 7 di Scuola superiore (Secondary School Vaccine Program) è sovvenzionato dai governi australiano e del Victoria, ed erogato dai Comuni. Secondo la Legge del 2008 per la salute ed il benessere pubblici (*Public Health and Wellbeing Act 2008*), i Comuni sono responsabili per il coordinamento e l'erogazione di servizi di vaccinazione ai bambini che vanno a scuola nel distretto municipale. I Comuni sono dediti alla protezione della privacy, della riservatezza e della sicurezza delle informazioni personali, in base alla Legge del 2014 sulla privacy e la protezione dei dati (*Privacy and Data Protection Act 2014*) e la Legge del 2001 sulle cartelle cliniche (*Health Records Act 2001*).

I Comuni riportano tutti i vaccini per gli adolescenti somministrati mediante programmi scolastici al Registro australiano per le vaccinazioni scolastiche (Australian School Vaccination Register - ASVR). I dati personali identificativi saranno tenuti riservati. Ciò fornirà strumenti come sistemi di richiamo e promemoria per migliorare i tassi di vaccinazione tra gli adolescenti. Questo è importante per migliorare le percentuali di immunizzazione in generale. Le persone avranno accesso ai loro dati di tutte le vaccinazioni registrate nel Registro australiano delle immunizzazioni (Australian Immunisation Register) e nell'ASVR. Dati aggregati sulle vaccinazioni possono essere divulgati al governo del Victoria allo scopo di monitorare, sovvenzionare e migliorare il Programma scolastico di vaccinazioni dell'Anno 7 (Year 7 Secondary School Vaccine Program). Queste informazioni non identificano alcun individuo.

Le informazioni che riguardano voi o vostro figlio saranno utilizzate o divulgate per scopi direttamente correlati alla vaccinazione di vostro figlio, e in modi che ragionevolmente vi aspettereste. Può essere compreso il trasferimento o lo scambio di informazioni rilevanti al vostro GP, al GP di vostro figlio, ad un altro servizio sanitario curante, ospedale o un altro Comune. Il Comune può fornirvi informazioni riguardanti il programma di vaccinazioni della scuola via SMS o e-mail. Potete accedere ai dati di vostro figlio contattando il Comune dove vostro figlio frequenta la scuola.

Riservato all'ufficio: _____

Data della prima dose: _____

Iniziali dell'infermiere: _____

Data della seconda dose: _____

Iniziali dell'infermiere: _____

Data della terza dose: _____

Iniziali dell'infermiere: _____

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



i m m u n i s e
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 8 (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: parentguardian@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: _____