

Program vaksin meningokokus ACWY di Sekolah Menengah

Isi dan kembalikan ke sekolah

1. Baca informasi mengenai Meningokokus ACWY.
2. Isi bagian persetujuan dan tanda-tangani jika Setuju.
3. Robek formulir izin tersebut dan kembalikan ke sekolah walaupun Anda tidak ingin anak Anda divaksinasi. Hubungi pemda setempat untuk informasi lebih lanjut.

Informasi mengenai Meningokokus ACWY

Meningokokus ACWY

Penyakit meningokokus disebabkan oleh bakteri. Meskipun meningokokus adalah penyakit yang tidak umum terjadi, namun dapat menjadi parah dengan sangat cepat. Sekitar 10 persen manusia memiliki bakteri meningokokus di tenggorokan kita tanpa menjadi sakit. Orang-orang ini dikenal sebagai 'karier'. Bakteri meningokokus ditularkan dari orang ke orang yang berhubungan dekat, tinggal satu rumah dan berhubungan intim. Para remaja memiliki peningkatan risiko menderita meningokokus dan lebih mungkin untuk menyebarkan penyakit ini kepada orang lain.

Penyakit meningokokus invasif terjadi ketika bakteri ini memasuki aliran darah yang menyebabkan *septicaemia* (infeksi dalam darah, juga dikenal sebagai 'bacteraemia') atau meningitis, (peradangan membran yang melindungi otak). Kematian dapat terjadi pada 10 persen dari kasus yang terjadi. Kadang-kadang, infeksi juga dapat terjadi pada sendi-sendi, tenggorokan, paru-paru atau usus.

Bakteri meningokokus memiliki beberapa strain (serogroups) yang dikenal dengan huruf-huruf alfabet, termasuk meningokokus A, B, C, W dan Y. Dalam beberapa tahun terakhir beberapa strain meningokokus tersebut telah meningkat di seluruh Australia.

Vaksin yang mengandung meningokokus ACWY

Vaksin yang mengandung Meningokokus ACWY adalah vaksin gabungan empat-dalam-satu untuk perlindungan terhadap strain meningokokus A, C, W, Y. Penelitian menunjukkan bahwa efektivitas vaksin meningokokus A, C, W, Y adalah antara 80-85 persen pada remaja. Program vaksinasi meningokokus A, C, W, Y telah dijalankan pada remaja di Inggris sejak 2015, dan direkomendasikan di AS sejak tahun 2005.

Vaksin ini tidak mengandung bakteri yang hidup dan tidak dapat menyebabkan penyakit meningokokus. Vaksin ACWY ini akan meningkatkan kekebalan remaja atas strain C yang diberikan saat masih bayi dan melindungi terhadap strain A dan Y.

Kemungkinan efek samping vaksin meningokokus ACWY

Sebagian besar efek sampingnya hanya kecil dan cepat menghilang. Jika reaksi berikut terjadi, hal ini akan segera terjadi setelah vaksinasi.

Efek samping yang umum

- Demam ringan
- Sakit kepala
- Pusing
- Badan terasa sakit, kemerahan dan bengkak di tempat suntikan
- Pingsan dapat terjadi sampai 30 menit setelah vaksinasi.

Layanan Penerjemah
dan Juru Bahasa
Telepon 131 450



IMMUNISE
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

Jika reaksi ringan terjadi, efek samping dapat dikurangi dengan:

- Lebih banyak minum air putih dan tidak memakai baju berlapis-lapis jika orang tersebut demam
- Makan parasetamol dan memakai kompres dingin dan basah di tempat suntikan yang sakit.

Efek samping yang sangat langka

- Reaksi alergi parah.

Jika terjadi reaksi alergi yang parah, bantuan medis akan segera disediakan.

Jika terjadi reaksi parah atau tidak langsung sembuh, atau jika Anda khawatir, hubungi dokter atau rumah sakit.

Daftar pra-imunisasi

Sebelum anak Anda diimunisasi, beritahu dokter atau perawat jika salah satu dari hal berikut terjadi.

- Tidak sehat pada hari imunisasi (suhu badan lebih dari 38.5° C)
- Menderita alergi parah
- Pernah mengalami reaksi parah atas vaksin tertentu
- Sedang hamil.

Setelah vaksinasi, harap tunggu di tempat vaksinasi selama minimal 15 menit.

Informasi lebih lanjut

Jika Anda memerlukan saran atau informasi lebih lanjut, harap hubungi layanan imunisasi pemma atau dokter setempat.

Atau kunjungi www.betterhealth.vic.gov.au

Cara mengisi formulir

Harap baca informasi ini.

Isi formulir ini **meskipun vaksin ini tidak diberikan**.

Robek formulir ini dan kembalikan ke sekolah.

Untuk semua anak-anak/siswa

Harap isi data diri anak.

Kemudian

Isi bagian ini jika Anda ingin anak Anda divaksinasi.

Atau

Isi bagian ini jika Anda tidak ingin anak Anda divaksinasi.

Untuk menerima dokumen ini dalam format yang dapat diakses, email ke: immunisation@dhhs.vic.gov.au

Disetujui dan dipublikasikan oleh Pemerintah Victoria, 1 Treasury Place, Melbourne.

© Negara bagian Victoria, Januari 2019 (1702019)

Formulir Izin vaksin meningokokus ACWY

1. Baca informasi mengenai Meningokokus ACWY.
2. Isi bagian persetujuan dan tanda-tangani jika Setuju.
3. Robek formulir izin tersebut dan kembalikan ke sekolah walaupun Anda tidak ingin anak Anda divaksinasi.

Data diri siswa

Nomor Medicare: 1234 98765 7 3 (Nomor yang bertitik di sebelah nama anak Anda)

Nama Belakang: CITIZEN Nama depan: ELIZA

Alamat pos: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

Kode pos: 3000 Tanggal lahir: 18 / 10 / 2000 Perempuan Laki-laki

Sekolah: BLOCK HIGH SCHOOL Kelas: 11A

Apakah anak ini keturunan Aborigin atau Kepulauan Selat Torres? (harap centang)

Tidak Aborigin Kepulauan Selat Torres Orang Aborigin dan Kepulauan Torres Strait

Data diri orang tua/wali

Nama orang tua/wali atau siswa berusia 18 tahun ke atas: MICHAEL BLOCK

Nomor telepon di hari kerja: 9123 4567 Nomor HP: 0408 123 456

Email: parentguardian@internetprovider.com

Izin Vaksinasi

Pernyataan: Saya berkuasa memberikan persetujuan atau penolakan-bagi anak saya untuk divaksinasi. Saya telah membaca dan memahami informasi yang diberikan kepada saya tentang vaksinasi, termasuk risiko yang tidak divaksinasi dan efek samping dari vaksin. Saya mengerti saya dapat membahas risiko dan manfaat dari vaksinasi dengan pema setempat atau dokter saya. Saya mengerti bahwa persetujuan dapat ditarik kapan pun sebelum vaksinasi berlangsung.

Isi untuk anak berusia di bawah 18 (siswa berusia 18 tahun ke atas dapat memberikan persetujuan mereka sendiri)

Ya, saya SETUJU anak saya divaksin meningokokus ACWY di sekolah anak saya.

Vaksin Meningokokus adalah vaksin gabungan empat-dalam-satu untuk perlindungan terhadap meningokokus strain A, C, W, Y (satu suntikan).

Tanda tangan orang tua/wali: _____ Tanggal: / /

ATAU

Tidak, saya tidak setuju anak saya divaksin meningokokus ACWY saat ini.

ATAU

Tidak, anak saya telah divaksin meningokokus ACWY di tempat lain.

Harap catat penyakit apapun yang sedang diderita, alergi parah atau reaksi parah atas vaksinasi yang pernah terjadi.

Pernyataan pribadi. Program vaksin meningokokus ACWY adalah program vaksin yang didanai pemerintah Negara Persekutuan. Vaksin diberikan oleh perawat imunisasi, yang dipaparkan oleh layanan imunisasi pemma setempat, yang mengunjungi setiap sekolah menengah di Victoria beberapa kali setahun. Sesuai UU Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat tahun 2008 the Public Health and Wellbeing Act 2008, pemma setempat bertanggung jawab mengurus dan memberikan layanan imunisasi kepada pelajar di dalam kawasan pemma tersebut. Pemma setempat berkomitmen untuk melindungi privasi, kerahasiaan dan keamanan informasi pribadi, sesuai dengan UU Privasi dan Perlindungan Data tahun 2014 Privacy and Data Protection Act 2014 dan UU Catatan Kesehatan tahun 2001 the Health Records Act 2001.

Pemma setempat melaporkan semua vaksin remaja yang diberikan melalui program sekolah kepada Daftar Imunisasi Australia (Australian Immunisation Register (AIR). Rincian informasi identitas pribadi akan dipap kerahasianya. Ini akan digunakan misalnya seperti sistem panggilan untuk meningkatkan tingkat vaksinasi pada remaja. Hal ini penting untuk membebi tingkat imunisasi secara keseluruhan. Selain orang akan dapat mengakses catatan semua vaksin mereka yang tercatat dalam Daftar Imunisasi Australia. Data gabungan imunisasi dapat diungkapkan kepada pemerintah Victoria untuk tujuan pemantauan, pendanaan dan meningkatkan Program Vaksinasi Meningokokus ACWY di sekolah menengah. Informasi ini tidak menuju kepada identitas seseorang.

Informasi yang berhubungan dengan Anda atau anak Anda akan digunakan atau diungkapkan untuk tujuan yang terkait langsung dengan pengobatan Anda dan dengan cara yang menurut Anda masuk akal. Ini mungkin termasuk transfer atau pertukaran informasi yang relevan dengan dokter keluarga Anda, dan anak Anda, Dinas Kesehatan atau rumah sakit atau pemma lain. Pemma setempat dapat memberikan informasi terkait dengan program vaksin sekolah melalui SMS atau email kepada Anda. Anda dapat mengakses data anak Anda dengan menghubungi pemma setempat dimana anak Anda sekolah.

Office use only:
 Vaccination date: _____ Nurse initials: _____ Site: L/R arm

Formulir Izin vaksin meningokokus ACWY

1. Baca informasi mengenai Meningokokus ACWY.
2. Isi bagian persetujuan dan tanda-tangani jika Setuju.
3. Robek formulir izin tersebut dan kembalikan ke sekolah walaupun Anda tidak ingin anak Anda divaksinasi.

Data diri siswa

Nomor Medicare (Nomor yang tertera di sebelah nama anak Anda)

Nama Belakang:

Nama depan:

Alamat pos:

Kode pos:

Tanggal lahir: / /

Perempuan

Laki-laki

Sekolah:

Kelas:

Apakah anak ini keturunan Aborigin atau Kepulauan Selat Torres? (harap centang)

Tidak

Aborigin

Kepulauan Selat Torres

Orang Aborigin dan Kepulauan Torres Strait

Data diri orang tua/wali

Nama orang tua/wali atau siswa berusia 18 tahun ke atas:

Nomor telepon di hari kerja

Nomor HP:

Email:

Izin Vaksinasi

Pernyataan: Saya berkuasa memberikan persetujuan atau penolakan-bagi anak saya untuk divaksinasi. Saya telah membaca dan memahami informasi yang diberikan kepada saya tentang vaksinasi, termasuk risiko yang tidak divaksinasi dan efek samping dari vaksin. Saya mengerti saya dapat membahas risiko dan manfaat dari vaksinasi dengan pemda setempat atau dokter saya. Saya mengerti bahwa persetujuan dapat ditarik kapan pun sebelum vaksinasi berlangsung.

Isti untuk anak berusia di bawah 18 (siswa berusia 18 tahun ke atas dapat memberikan persetujuan mereka sendiri)

Ya, saya SETUJU anak saya divaksin meningokokus ACWY di sekolah anak saya.

Vaksin Meningokokus adalah vaksin gabungan empat-dalam-satu untuk perlindungan terhadap meningokokus strain A, C, W, Y (satu suntikan).

Tanda tangan orang tua/wali :

Tanggal: / /

ATAU

Tidak, saya tidak setuju anak saya divaksin meningokokus ACWY saat ini.

ATAU

Tidak, anak saya telah divaksin meningokokus ACWY di tempat lain.

Harap catat penyakit apapun yang sedang diderita, alergi parah atau reaksi parah atas vaksinasi yang pernah terjadi.

Pernyataan privasi. Program vaksin meningokokus ACWY adalah program vaksin yang didanai pemerintah Negara Persemakmuran. Vaksin diberikan oleh perawat imunisasi, yang dipekerjakan oleh layanan imunisasi pemda setempat, yang mengunjungi setiap sekolah menengah di Victoria beberapa kali setahun. Sesuai UU Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat tahun 2008 the *Public Health and Wellbeing Act 2008*, pemda setempat bertanggung jawab mengurus dan memberikan layanan imunisasi kepada pelajar di dalam kawasan pemda tersebut. Pemda setempat berkomitmen untuk melindungi privasi, kerahasiaan dan keamanan informasi pribadi, sesuai dengan UU Privasi dan Perlindungan Data tahun 2014 *Privacy and Data Protection Act 2014* dan UU Catatan Kesehatan tahun 2001 the *Health Records Act 2001*.

Pemda setempat melaporkan semua vaksin remaja yang diberikan melalui program sekolah kepada Daftar Imunisasi Australia (Australian Immunisation Register (AIR)). Rincian informasi identitas pribadi akan dijaga kerahasiaannya. Ini akan digunakan misalnya seperti sistem pengingat untuk meningkatkan tingkat vaksinasi pada remaja. Hal ini penting untuk memperbaiki tingkat imunisasi secara keseluruhan. Setiap orang akan dapat mengakses catatan semua vaksin mereka yang tercatat dalam Daftar Imunisasi Australia. Data gabungan imunisasi dapat diungkapkan kepada pemerintah Victoria untuk tujuan pemantauan, pendanaan dan meningkatkan Program Vaksinasi Meningokokus ACWY di sekolah menengah. Informasi ini tidak merujuk kepada identitas seseorang.

Informasi yang berhubungan dengan Anda atau anak Anda akan digunakan atau diungkapkan untuk tujuan yang terkait langsung dengan pengobatan Anda, dan dengan cara yang menurut Anda masuk akal. Ini mungkin termasuk transfer atau pertukaran informasi yang relevan dengan dokter keluarga Anda, dan anak Anda, Dinas Kesehatan atau rumah sakit atau pemda lain. Pemda setempat dapat memberikan informasi terkait dengan program vaksin sekolah melalui SMS atau email kepada Anda. Anda dapat mengakses data anak Anda dengan menghubungi pemda setempat dimana anak Anda sekolah.

Office use only:

Vaccination date:

Nurse initials:

Site: L/R arm

Formulir Izin vaksin meningokokus ACWY

1. Baca informasi mengenai Meningokokus ACWY.
2. Isi bagian persetujuan dan tanda-tangani jika Setuju.
3. Robek formulir izin tersebut dan kembalikan ke sekolah walaupun Anda tidak ingin anak Anda divaksinasi.

Data diri siswa

Nomor Medicare (Nomor yang tertera di sebelah nama anak Anda)

Nama Belakang: CITIZEN Nama depan: ELIZA

Alamat pos: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

Kode pos: 3000 Tanggal lahir: 18 / 10 / 2000 Perempuan Laki-laki

Sekolah: BLOCK HIGH SCHOOL Kelas: 11A

Apakah anak ini keturunan Aborigin atau Kepulauan Selat Torres? (harap centang)

Tidak Aborigin Kepulauan Selat Torres Orang Aborigin dan Kepulauan Torres Strait

Data diri orang tua/wali

Nama orang tua/wali atau siswa berusia 18 tahun ke atas: MICHAEL BLOCK

Nomor telepon di hari kerja 9123 4567 Nomor HP: 0408 123 456

Email: parentguardian@internetprovider.com

Izin Vaksinasi

Pernyataan: Saya berkuasa memberikan persetujuan atau penolakan-bagi anak saya untuk divaksinasi. Saya telah membaca dan memahami informasi yang diberikan kepada saya tentang vaksinasi, termasuk risiko yang tidak divaksinasi dan efek samping dari vaksin. Saya mengerti saya dapat membahas risiko dan manfaat dari vaksinasi dengan pemda setempat atau dokter saya. Saya mengerti bahwa persetujuan dapat ditarik kapan pun sebelum vaksinasi berlangsung.

Isi untuk anak berusia di bawah 18 (siswa berusia 18 tahun ke atas dapat memberikan persetujuan mereka sendiri)

Ya, saya SETUJU anak saya divaksin meningokokus ACWY di sekolah anak saya.

Vaksin Meningokokus adalah vaksin gabungan empat-dalam-satu untuk perlindungan terhadap meningokokus strain A, C, W, Y (satu suntikan).

Tanda tangan orang tua/wali :

Tanggal: / /

ATAU

Tidak, saya tidak setuju anak saya divaksin meningokokus ACWY saat ini.

ATAU

Tidak, anak saya telah divaksin meningokokus ACWY di tempat lain.

Harap catat penyakit apapun yang sedang diderita, alergi parah atau reaksi parah atas vaksinasi yang pernah terjadi.

Pernyataan privasi. Program vaksin meningokokus ACWY adalah program vaksin yang didanai pemerintah Negara Persemakmuran. Vaksin diberikan oleh perawat imunisasi, yang dipekerjakan oleh layanan imunisasi pemda setempat, yang mengunjungi setiap sekolah menengah di Victoria beberapa kali setahun. Sesuai UU Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat tahun 2008 the *Public Health and Wellbeing Act 2008*, pemda setempat bertanggung jawab mengurus dan memberikan layanan imunisasi kepada pelajar di dalam kawasan pemda tersebut. Pemda setempat berkomitmen untuk melindungi privasi, kerahasiaan dan keamanan informasi pribadi, sesuai dengan UU Privasi dan Perlindungan Data tahun 2014 *Privacy and Data Protection Act 2014* dan UU Catatan Kesehatan tahun 2001 the *Health Records Act 2001*.

Pemda setempat melaporkan semua vaksin remaja yang diberikan melalui program sekolah kepada Daftar Imunisasi Australia (Australian Immunisation Register (AIR)). Rincian informasi identitas pribadi akan dijaga kerahasiaannya. Ini akan digunakan misalnya seperti sistem pengingat untuk meningkatkan tingkat vaksinasi pada remaja. Hal ini penting untuk memperbaiki tingkat imunisasi secara keseluruhan. Setiap orang akan dapat mengakses catatan semua vaksin mereka yang tercatat dalam Daftar Imunisasi Australia. Data gabungan imunisasi dapat diungkapkan kepada pemerintah Victoria untuk tujuan pemantauan, pendanaan dan meningkatkan Program Vaksinasi Meningokokus ACWY di sekolah menengah. Informasi ini tidak merujuk kepada identitas seseorang.

Informasi yang berhubungan dengan Anda atau anak Anda akan digunakan atau diungkapkan untuk tujuan yang terkait langsung dengan pengobatan Anda, dan dengan cara yang menurut Anda masuk akal. Ini mungkin termasuk transfer atau pertukaran informasi yang relevan dengan dokter keluarga Anda, dan anak Anda, Dinas Kesehatan atau rumah sakit atau pemda lain. Pemda setempat dapat memberikan informasi terkait dengan program vaksin sekolah melalui SMS atau email kepada Anda. Anda dapat mengakses data anak Anda dengan menghubungi pemda setempat dimana anak Anda sekolah.

Office use only:

Vaccination date:

Nurse initials:

Site: L/R arm

Meningococcal ACWY Secondary School Vaccine Program

Complete and return to school

1. Read the Meningococcal ACWY information.
 2. Complete the consent section and sign if a Yes.
 3. Remove the consent form and return it to school even if you do not want your child to be vaccinated.
- Contact your local council for more information.

Meningococcal ACWY information

Meningococcal ACWY

Meningococcal disease is caused by bacteria. Although meningococcal disease is uncommon, it can become very serious, very quickly. About 10 per cent of people carry meningococcal bacteria in their throat without becoming unwell. These people are known as 'carriers'. Meningococcal bacteria are passed from person to person by regular, close, prolonged household and intimate contact. Adolescents are at increased risk of meningococcal disease and more likely to spread the disease to others.

Invasive meningococcal disease occurs when these bacteria enter the blood stream to cause septicaemia (infection in the blood, also known as 'bacteraemia') or meningitis, (inflammation of the membrane covering of the brain). Death can occur in up to 10 per cent of cases. Occasionally, severe infection can also occur in the joints, throat, lungs or intestines.

There are different strains (serogroups) of meningococcal bacteria known by letters of the alphabet, including meningococcal A, B, C, W and Y. In recent years some of these meningococcal strains have increased across Australia.

Meningococcal ACWY-containing vaccine

The Meningococcal ACWY-containing vaccine is a four-in-one combined vaccine for protection against meningococcal A, C, W, Y strains. Studies have shown that the effectiveness of the meningococcal A, C, W, Y vaccine is between 80 to 85 per cent in adolescents. Meningococcal A, C, W, Y vaccination programs have been implemented in adolescents in the UK since 2015, and recommended in the US since 2005.

The vaccine does not contain any live bacteria and cannot cause meningococcal disease. The ACWY strain vaccine will boost adolescents with the C strain they had as a baby and protect against the A, W and Y strains.

Possible side effects of meningococcal ACWY vaccine

Most side effects are minor and quickly disappear. If the following reactions occur, it will be soon after vaccination.

Common side effects

- Mild temperature
- Headache
- Dizziness
- Pain, redness and swelling at the injection site
- Fainting may occur up to 30 minutes after any vaccination.

**Translating and
interpreting service**
Call 131 450



i M M U N I S E
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

If mild reactions do occur, the side effects can be reduced by:

- Drinking extra fluids and not over-dressing if the person has a fever
- Taking paracetamol and placing a cold, wet cloth on the sore injection site.

Extremely rare side effects

- 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 your doctor or nurse if any of the following apply.

- Is unwell on the day of immunisation (temperature over 38.5°C)
- Has any severe allergies
- Has had a severe reaction to any vaccine
- Is pregnant.

After vaccination wait at the place of vaccination a minimum of 15 minutes.

Further information

If you require further advice or information, please contact your local council immunisation service or local doctor.

Or visit www.betterhealth.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/students

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, January 2019 (DP190174)

Meningococcal ACWY vaccine consent form

1. Read the Meningococcal ACWY information.
2. Complete the consent section and sign if a Yes.
3. Remove the consent form and return it to school even if you do not want your child to be vaccinated.

Student details	
Medicare number	1 2 3 4 9 8 7 6 5 7 3 (Number beside child's name)
Surname	CITIZEN
First name	ELIZA
Postal address	20 BLOCK STREET MELBOURNE
Postcode	3000
Date of birth	18 / 10 / 2000
Gender	<input checked="" type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male
School	BLOCK HIGH SCHOOL
Class	11A
Is this person of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? (please tick)	
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aboriginal <input type="checkbox"/> Torres Strait Islander <input type="checkbox"/> Aboriginal and Torres Strait Islander	
Parent/guardian contact details	
Name of parent/guardian or student aged 18 or over: MICHAEL BLOCK	
Daytime phone	9123 4567
Mobile	0408 123 456
Email	parentguardian@internetprovider.com
Vaccine consent	
Declaration: I am authorised to give consent or non-consent for my child to be vaccinated. I have read and I understand the information given to me about vaccination, including the risks of not being vaccinated and the side effects of the vaccine. I understand I can discuss the risks and benefits of vaccination with my local council or doctor. I understand that consent can be withdrawn at any time before vaccination takes place.	
Complete for children aged under 18 (students aged 18 and over can give their own consent)	
<input type="checkbox"/> YES, I CONSENT to my child receiving the Meningococcal ACWY vaccine at school.	
The Meningococcal vaccine is a four-in-one combined vaccine for protection against meningococcal A, C, W, Y strains (one injection).	
Parent/guardian signature:	Date: / /
<input type="checkbox"/> OR	
<input type="checkbox"/> No, I do not consent to my child receiving the Meningococcal W vaccine at this time.	
<input type="checkbox"/> OR	
<input type="checkbox"/> No, my child has had the Meningococcal ACWY vaccine elsewhere.	
Please note any pre-existing medical condition, severe allergies or previous severe reaction to vaccination.	
<small>Privacy statement. The meningococcal ACWY vaccine program is a Commonwealth government funded vaccine program. Vaccines are administered by an immunisation nurse, employed by local council immunisation services, who visit each Victorian secondary school a number of times a year. 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 Immunisation Register (AIR). 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. Aggregate immunisation data may be disclosed to the Victorian government for the purpose of monitoring, funding and improving the Meningococcal ACWY 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 or 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.</small>	
Office use only:	
Vaccination date:	Nurse initials: Site: L/R arm

Meningococcal ACWY vaccine consent form

1. Read the Meningococcal ACWY information.
2. Complete the consent section and sign if a Yes.
3. Remove the consent form and return it to school even if you do not want your child to be vaccinated.

Student details

Medicare number (Number beside child's name)

Surname: _____ First name: _____

Postal address: _____

Postcode: _____ Date of birth: / / Female Male

School: _____ Class: _____

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

Name of parent/guardian or student aged 18 or over: _____

Daytime phone: _____ Mobile: _____

Email: _____

Vaccine consent

Declaration: I am authorised to give consent or non-consent for my child to be vaccinated. I have read and I understand the information given to me about vaccination, including the risks of not being vaccinated and the side effects of the vaccine. I understand I can discuss the risks and benefits of vaccination with my local council or doctor. I understand that consent can be withdrawn at any time before vaccination takes place.

Complete for children aged under 18 (students aged 18 and over can give their own consent)

YES, I CONSENT to my child receiving the Meningococcal ACWY vaccine at school.

The Meningococcal vaccine is a four-in-one combined vaccine for protection against meningococcal A, C, W, Y strains (one injection).

Parent/guardian signature: _____ Date: / /

OR

No, I do not consent to my child receiving the Meningococcal W vaccine at this time.

OR

No, my child has had the Meningococcal ACWY vaccine elsewhere.

Please note any pre-existing medical condition, severe allergies or previous severe reaction to vaccination.

Privacy statement. The meningococcal ACWY vaccine program is a Commonwealth government funded vaccine program. Vaccines are administered by an immunisation nurse, employed by local council immunisation services, who visit each Victorian secondary school a number of times a year. 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 Immunisation Register (AIR). 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. Aggregate immunisation data may be disclosed to the Victorian government for the purpose of monitoring, funding and improving the Meningococcal ACWY 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:

Vaccination date: _____

Nurse initials: _____

Site: L/R arm