

لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)

يُوصى به للطلاب في الصف السابع بالمدرسة الثانوية

يُرجى قراءة المعلومات.

قوموا بإكمال الإستمارة حتى إذا لم تكن هناك حاجة لإعطاء اللقاح.

إفصلوا الإستمارة وأعيدوها إلى المدرسة.

- سوف يزور المجلس المحلي المدرسة قريباً من أجل برنامج اللقاح هذا.
- يتوفر اللقاح المجاني هذا العام في المدرسة أو لدى الطبيب أو لدى خدمة التطعيم للمجالس المحلية.
- قوموا بقراءة قائمة متطلبات ما قبل التطعيم وناقشوا أي مخاوف صحية مع مزود التطعيم الخاص بكم قبل أن يتم تطعيم طفلكم.
- قد يحتاج طفلكم لأكثر من حقنة واحدة لعلاج أمراض مختلفة في نفس اليوم. لن يزيد هذا من فرصة إصابة طفلكم برد فعل من اللقاح.
- يجب إعادة استمارة الموافقة إلى المدرسة حتى إذا لم يتم تطعيم طفلكم لأن هذا يساعد في توفير الخدمات الصحية المحسنة.

كيف يتم إعطاء اللقاح؟

يتكون لقاح HPV من ثلاث حقن، يتم إعطاؤها في الجزء العلوي من الذراع على مدى ستة أشهر.

ما هي مدة الحماية التي يوفرها اللقاح؟

لقد أظهرت الدراسات الحديثة أن اللقاح يوفر حماية جيدة ومستمرة ضد فيروس. والدراسات مستمرة لتحديد ما إذا سيكون من الضروري إعطاء جرعة منشطة من اللقاح في المستقبل.

ما هو مدى أمان هذا اللقاح؟

اللقاح آمن وجيد التحمل. وقد تم إعطاء ملايين الجرعات منه في جميع أنحاء العالم. اللقاح لا يحتوي على فيروس HPV، ولكن يبدو مماثلاً بما فيه الكفاية للفيروس بحيث ينتج الجسم الأجسام المضادة، مما يمنع الإصابة بعدوى HPV.

هل سوف تحتاج الفتيات لفحوصات عنق الرحم في وقت لاحق في الحياة؟

نعم. لأن اللقاح لا يمنع جميع أنواع فيروس الورم الحليمي البشري الذي يسبب سرطان عنق الرحم، فحوصات عنق الرحم لا تزال ضرورية للنساء في وقت لاحق في الحياة. يُنصح بفحوصات عنق الرحم لجميع النساء كل سنتين، ابتداءً من سن 18 سنة أو سنتين بعد أول نشاط جنسي، أيهما أبعد. إن الخضوع لإختبارات فحوصات عنق الرحم المنتظمة يقلل أكثر من خطر الإصابة بسرطان عنق الرحم.

ما هو فيروس الورم الحليمي البشري؟

فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) هو فيروس شائع جداً بين الرجال والنساء. ومن الشائع جداً الإصابة بواحد أو أكثر من أنواع فيروس الورم الحليمي البشري بعد فترة قصيرة من بدء النشاط الجنسي. ومعظم حالات العدوى بهذا الفيروس لا تسبب أي أعراض وتختفي من الجسم في أقل من عام من دون أن يعلم الشخص أنه كان مصاباً بها. بعض أنواع فيروس الورم الحليمي البشري يمكن أن تسبب التآليل التناسلية وبعض أنواع السرطانات. وتشمل هذه السرطانات سرطان عنق الرحم لدى النساء، وسرطان الأعضاء التناسلية لدى الرجال والنساء، وبعض سرطانات الفم والحلق.

ما هي فوائد تلقي لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)؟

إن لقاح فيروس الورم الحليمي البشري GARDASIL® يحمي من نوعين من فيروس HPV الذي يسبب 70 في المائة من سرطان عنق الرحم لدى النساء و 90 في المائة من السرطانات المرتبطة بفيروس الورم الحليمي البشري لدى الرجال. أنه يحمي أيضاً ضد نوعين إضافيين من فيروس HPV الذي يسبب 90 في المائة من التآليل التناسلية.

يوفر اللقاح حماية أفضل عندما يُعطى لشخص قبل أن يصبح ناشطاً جنسياً. يمنع اللقاح المرض ولكن لا يُعالج عدوى فيروس HPV الموجودة بالفعل.

ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟

الآثار الجانبية الشائعة

- ألم واحمرار وتورم في موضع الحقن
- كتلة صغيرة مؤقتة في موضع الحقن
- إرتفاع خفيف في درجة الحرارة
- الشعور بالإعياء
- صداع
- قد يحدث إغماء حتى 30 دقيقة بعد أي التطعيم.

في حالة حدوث ردود فعل خفيفة، يمكن تخفيف الآثار الجانبية بالقيام بما يلي:

- شرب كميات إضافية من السوائل وتخفيف الملابس إذا أصيب الشخص بالحمى
- وضع قطعة قماش مبللة باردة على موضع الحقن المؤلم
- أخذ الباراسيتامول لتقليل الانزعاج.

الآثار الجانبية غير الشائعة

- طفح جلدي أو أرتيكاريا (إنتفاخات بالجلد مع حكة)
- يوصى بأن أي شخص يظهر عليه طفح جلدي أو أرتيكاريا بعد أخذ اللقاح، يجب أن يتحدث مع مقدّم اللقاح قبل أخذ المزيد من جرعات اللقاح نفسه.

الآثار الجانبية النادرة

- حساسية رد فعل شديدة، على سبيل المثال تورم الوجه، صعوبة في التنفس

كيفية إكمال الإستمارة

يُرجى قراءة المعلومات.

قوموا بإكمال الإستمارة حتى إذا لم تكن هناك حاجة لإعطاء اللقاح.

إفصلوا الإستمارة وأعيدها إلى المدرسة.

بالنسبة لجميع الأطفال

يُرجى إكمال الإستمارة بتفاصيل الطفل

ثم

أكملوا هذا القسم إذا كنتم ترغبون

في أن يتم تطعيم طفلكم.

أو

أكملوا هذا القسم إذا كنتم لا ترغبون في

أن يتم تطعيم طفلكم.

في حالة حدوث حساسية رد فعل شديدة، سيتم توفير العناية الطبية الفورية. إذا كانت ردود الفعل شديدة أو مستمرة، أو إذا كنتم قلقين، اتصلوا بطبيبكم أو المستشفى.

قائمة متطلبات ما قبل التطعيم

قبل أن يتم تطعيم طفلكم، أخبروا الطبيب أو الممرضة إذا كانت أي من الحالات التالية تنطبق على طفلكم.

- مريضاً في يوم التطعيم (درجة حرارة فوق 38.5 درجة مئوية)
- يعاني من حساسية شديدة لأي لقاح
- لديه اي حساسية شديدة مثل رد فعل تحسسي للخميرة
- حاملاً

يجب الإنتظار في مكان التطعيم لمدة لا تقل عن 15 دقيقة بعد التطعيم.

معلومات إضافية

www.betterhealth.vic.gov.au

www.hpvvaccine.org.au

www.cancerscreening.gov.au

www.hpvregister.org.au

immunehero.health.vic.gov.au

إستمارة الموافقة على لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)

يُوصى به للطلاب في الصف السابع بالمدرسة الثانوية

أقرض فرادى المعلومات
فورياً وبشكل إلكتروني حتى إذا لم تكن هناك حاجة لإعطاء اللقاح
إستمارة الإستمارة وأعيدها إلى المدرسة.

معلومات الطالب
رقم الميديا: 3 7 56789 43211 (number beside child's name)
إسم العائلة: CITIZEN الإسم الأول: MARK
عنوان السكن: 20 BLOCK STREET MELBOURNE
العمر الزمني: 3000 تاريخ الميلاد: 18/ 10/ 2000 الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
المدرسة: BLOCK HIGH SCHOOL المجموعة المدرسية: 7A
هل هذا الشخص من أصل أوروبي أو من سكان جزر مضيق توريس؟ <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أوروبي <input type="checkbox"/> كان جزر مضيق توريس <input type="checkbox"/> أوروبي ومن سكان جزر مضيق توريس

معلومات أحد الوالدين/ولي الأمر
إسم العائلة: CITIZEN الإسم الأول: SUSAN
البريد الإلكتروني: parentorguardian@internetprovider.com
رقم الهاتف أثناء النهار: 9123 4567 الموبايل: 0404 123 456

أنا، **أولادى ولي الأمر**، أقرض التوقيع إذا وافقت على نقل معلومات لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) في المدرسة
لقد قرأت و فهمت المعلومات المتعلقة في حول التطعيم، بما في ذلك مخاطر المرض وآثاره الجانبية للقاح وأظهر أني أوافق وإعطاء موافقتي بأن نقل معلوماتي ذات جرعات من لقاح HPV إلى مدي
أربعة إلى ستة أشهر. لقد أذيت في الفرصة متعلقة للقاح مع أحد القائمين على عملية التطعيم. وأظهر أنه يمكنني سحب الموافقة في أي وقت قبل إجراء التطعيم. وأظهر أن القلق على التطعيم
سواء من تسجيل بيانات التطعيم، وأنه سيتم تمرير بيانات تطعيم طفلي إلى السجل الوطني لبرامج التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري.

☐ **معر:** أوافق على تطعيم طفلي بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري (أقرض وضع علامة صح)
أنا سأتولى على إعطاء الموافقة لتطعيم طفلي (أعده أني يتم تطعيمه)

إسم أحد الوالدين أو ولي الأمر (أقرض كتابة الإسم):
توقيع أحد الوالدين أو ولي الأمر

أنا، أنا أقر موافقتي على تطعيم طفلي بلقاح HPV.
بعد قراءة المعلومات المقدمة، لا أريد أن يتم تطعيم طفلي بلقاح HPV.
توقيع أحد الوالدين أو ولي الأمر

تاريخ: / /
تاريخ: / /

بيان الخصوصية: يتم تحويل برنامج لقاح المدارس الثانوية للصف السابع من قبل الحكومة الأسترالية وحكومة فيكتوريا ويتم تقديمه من قبل مجالس البلديات المحلية بموجب قانون الصحة العامة لعام 2008 (Public Health and Wellbeing Act 2008). إن المجالس المحلية مسؤولة عن تسويق وتوفير خدمات التثقيف للأطفال الذين يتعلمون داخل منطقة البلدية وتكون
المجالس المحلية بحماية شخصية خصوصية وسرية وأن المعلومات الشخصية، وفقاً لقانون حماية الخصوصية والبيانات لعام 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) وقانون
السجلات الصحية لعام 2001 (Health Records Act 2001).

تقدم المجالس المحلية تفريغاً من لقاحات المراهقين المتعلقة من خلال البرنامج المدرسية للسلل الأسترالي لتطعيم المدارس (Australian School Vaccination Register (ASVR)). سيتم الاحتفاظ بتفاصيل تحديد الشخصية بسرعة هذا سوف يوفر أدوات مثل أنظمة الاستدعاء والتذكير لتحسين معدلات التطعيم في سن المراهقة وهذا أمر مهم لتحسين معدلات
التطعيم بشكل عام. يمكن لأفراد الوصول إلى سجلهم لجميع اللقاحات المتعلقة في سجل اللقاح الأسترالي وASVR. قد يتم الكشف عن بيانات التطعيم الإحصائية لحكومة فيكتوريا لغرض المراقبة
والوقاية وتحسين برنامج لقاح المدارس الثانوية لتلفد السليح لا تعدد هذه المعلومات هوية أي فرد.

المعلومات المتعلقة بكم معلوماتكم سيتم استخدامها أو الإفصاح عنها لأفراد متعلقين مباشرة بتطعيم طفلكم، وبغرض قد توفرهوها إلى حد مطلوب. وقد يشمل ذلك نقل أو تبادل المعلومات ذات
الصلة في طبيعتكم العام، أو طبيعتكم، أو خدمات صحية عاجية أخرى أو المستشفى أو مجلس محلي آخر. قد يوزع المجلس المحلي بالمعلومات المتعلقة ببرنامج اللقاح المدرسي عبر
البريد الإلكتروني أو البريد الإلكتروني. ويمكنكم الوصول إلى بيانات تطعيمكم عن طريق الاتصال بالمجلس المحلي حيث يحضر طفلكم المدرسة.

إستمارة الموافقة	تاريخ العودة الثانية	الأولاد الأول من إسم الممرض/الممرضة
تاريخ العودة الأول	تاريخ العودة الثالثة	الأولاد الأول من إسم الممرض/الممرضة

للحصول على هذه الوثيقة في شكل يسهل الإطلاع عليه أرسلوا رسالة عبر البريد الإلكتروني إلى:
immunisation@health.vic.gov.au

مصرح بها وصادرة عن حكومة فيكتوريا، 1 Treasury Place, Melbourne.

©وزارة الصحة، تموز/يوليو 2016 (1607016)

إستمارة الموافقة على لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)

يُوصى به للطلاب في الصف السابع بالمدرسة الثانوية

يُرجى قراءة المعلومات.

قوموا بإكمال الإستمارة حتى إذا لم تكن هناك حاجة لإعطاء اللقاح.

إفصلوا الإستمارة وأعيدها إلى المدرسة.

تفاصيل الطالب	
رقم الميديكير:	(الرقم بجانب إسم الطفل)
إسم العائلة:	الإسم الأول:
عنوان السكن:	
الرمز البريدي:	تاريخ الميلاد: / / الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
المدرسة:	المجموعة المنزلية:

هل هذا الشخص من أصل أبوروجيني أو من سكان جزر مضيق توريس؟ (يرجى وضع علامة صح)

☐ لا ☐ بوروبجي ☐ كان جزر مضيق توريس ☐ بوروبجي ومن سكان جزر مضيق توريس

تفاصيل أحد الوالدين/ولي الأمر	
إسم العائلة:	الإسم الأول:
البريد الإلكتروني:	
رقم الهاتف أثناء النهار:	الموبايل:

الأب/ الأم/ ولي الأمر، يُرجى التوقيع إذا وافقتم على تلقي طفلكم للقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) في المدرسة.

لقد قرأت و فهمت المعلومات المعطاة لي حول التطعيم، بما في ذلك مخاطر المرض والآثار الجانبية للقاح. وأفهم أني أقوم بإعطاء موافقتي بأن يتلقى طفلي ثلاث جرعات من لقاح HPV على مدى أربعة إلى ستة أشهر. لقد أتيت لي الفرصة لمناقشة اللقاح مع أحد القائمين على عملية التطعيم. وأفهم أنه يمكنني سحب الموافقة في أي وقت قبل إجراء التطعيم. وأفهم أن القائم على التطعيم سيقوم بتسجيل بيانات التطعيم، وأنه سيتم تمرير بيانات تطعيم طفلي إلى السجل الوطني لبرنامج التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري.

☐ عمر، أوافق على تطعيم طفلي بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري (يرجى وضع علامة صح)

أنا مخول على إعطاء الموافقة للطفل المذكور أعلاه لي يتم تطعيمه.

إسم أحد الوالدين أو ولي الأمر (يرجى كتابة الإسم):

توقيع أحد الوالدين أو ولي الأمر: التاريخ: / /

لا، أنا غير موافق على تطعيم طفلي بلقاح HPV.

بعد قراءة المعلومات المقدمة، لا أود أن يتم تطعيم طفلي بلقاح HPV.

توقيع أحد الوالدين أو ولي الأمر: التاريخ: / /

بيان الخصوصية. يتم تمويل برنامج لقاح المدارس الثانوية للصف السابع من قبل الحكومة الأسترالية وحكومة فيكتوريا ويتم تقديمه من قبل مجالس البلديات المحلية. بموجب قانون الصحة والعافية لعام 2008 (Public Health and Wellbeing Act 2008)، إن المجالس المحلية مسؤولة عن تسيق وتوفير خدمات التلقيح للأطفال الذين يتعلمون داخل منطقة البلدية. وتلتزم المجالس المحلية بحماية خصوصية وسرية وأمن المعلومات الشخصية، وفقا لقانون حماية الخصوصية والبيانات لعام 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) وقانون السجلات الصحية لعام 2001 (Health Records Act 2001).

تقدم المجالس المحلية تقريرا عن لقاحات المراهقين المُعطاة من خلال البرامج المدرسية للسجل الأسترالي لتطعيم المدارس Australian School Vaccination Register (ASVR). سيتم الاحتفاظ بتفاصيل تحديد الشخصية بسرية. هذا سوف يوفر أدوات مثل أنظمة الاستدعاء والتذكير لتحسين معدلات التطعيم في سن المراهقة. وهذا أمر مهم لتحسين معدلات التطعيم بشكل عام. يمكن للأفراد الوصول إلى سجلهم لجميع اللقاحات المسجلة في سجل التلقيح الأسترالي ASVR. قد يتم الكشف عن بيانات التطعيم الإجمالية لحكومة فيكتوريا لغرض المراقبة والتمويل وتحسين برنامج لقاح المدارس الثانوية للصف السابع. لا تحدد هذه المعلومات هوية أي فرد.

المعلومات المتعلقة بكم وبطفلكم سيتم استخدامها أو الإفصاح عنها لأغراض تتعلق مباشرة بتطعيم طفلكم، وبطرق قد توقعوها إلى حد معقول. وقد يشمل ذلك نقل أو تبادل المعلومات ذات الصلة إلى طبيبك العام، أو طبيب طفلكم، أو خدمات صحية علاجية أخرى أو مستشفى أو مجلس محلي آخر. قد يزودكم المجلس المحلي بالمعلومات المتعلقة ببرنامج اللقاح المدرسي عبر الرسائل القصيرة أو البريد الإلكتروني. ويمكنكم الوصول إلى بيانات طفلكم عن طريق الاتصال بالمجلس المحلي حيث يحضر طفلكم المدرسة.

إستمعمال الإدارة فقط:	تاريخ الجرعة الثانية:	الأحرف الأولى من إسم الممرض/المرمضة:
تاريخ الجرعة الأولى:	تاريخ الجرعة الثالثة:	الأحرف الأولى من إسم الممرض/المرمضة:

Human papillomavirus (HPV) vaccine

Recommended for children in Year 7 of secondary school

Please read the information.

Complete the form **even if the vaccine is not to be given.**

Detach the form and return it to school.

- Local council will be visiting school soon for this vaccine program.
- Free vaccine is available this year at school, the doctor or a local council immunisation service.
- Read the pre-immunisation checklist and discuss any health concern with your immunisation provider before your child is vaccinated.
- Your child may need more than one injection for different diseases on the same day. This will not increase the chance of your child having a vaccine reaction.
- You must return the consent form to school even if your child is not being vaccinated as this helps in the provision of improved health services.

What is human papillomavirus?

HPV is a very common virus in men and women. It is very common to be infected with one or more types of HPV shortly after sexual activity starts. Most HPV infections cause no symptoms and are cleared from the body in less than a year without the person knowing they were infected. Some types of HPV can cause genital warts and some cancers. These cancers include cervical cancer in women, cancers of the genital area in men and women, and some cancers of the mouth and throat.

What are the benefits of receiving the HPV vaccine?

The HPV vaccine GARDASIL® protects against two HPV types which cause 70 per cent of cervical cancer in women and 90 per cent of HPV-related cancers in men. It also protects against an additional two HPV types which cause 90 per cent of genital warts.

The vaccine provides best protection when it is given to someone before they become sexually active. The vaccine prevents disease but does not treat existing HPV infections.

How is the vaccine given?

The HPV vaccine consists of three injections given into the upper arm over a six month period.

How long will vaccine protection last?

Recent studies have shown good continuing protection against HPV. Studies are ongoing to determine if a booster dose will be necessary in the future.

How safe is the HPV vaccine?

It is safe and well tolerated. Worldwide millions of doses have been given. The vaccine does not contain HPV but appears similar enough to the virus so that the body produces antibodies, which prevent HPV infection.

Will girls need cervical screening tests later in life?

Yes, because the vaccine doesn't prevent all types of HPV infection that cause cervical cancer, cervical screening tests are still essential for women later in life. Cervical screening tests are recommended for all women every two years, starting at age 18 or two years after first becoming sexually active, whichever is later. Having regular cervical screening tests further reduces the risk of developing cervical cancer.

Translating and
interpreting service
Call 131 450



IMMUNISE
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

What are the possible side effects?

Common side effects

- Pain, redness and swelling at the injection site
- A temporary small lump at the injection site
- Low grade fever
- Feeling unwell
- Headache
- Fainting may occur up to 30 minutes after any vaccination.

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

- drinking extra fluids and not over-dressing if the person has a fever
- placing a cold wet cloth on the sore injection site
- taking paracetamol to reduce discomfort.

Uncommon side effects

- Rash or hives

It is recommended that anyone who has a rash or hives after a vaccine should talk with their immunisation provider before having further doses of that same vaccine.

Rare side effect

- A severe allergic reaction, for example facial swelling, difficulty breathing

In the event of a severe allergic reaction, immediate medical attention will be provided. If reactions are severe or persistent, or if you are worried, contact your doctor or hospital.

Pre-immunisation checklist

Before your child is immunised, tell your doctor or nurse if any of the following apply.

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

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

Further information

www.betterhealth.vic.gov.au

www.hpvvaccine.org.au

www.cancerscreening.gov.au

www.hpvregister.org.au

immunehero.health.vic.gov.au

How to complete the form

Please read the information.

Complete the form **even if the vaccine is not to be given**.

Detach the form and return it to school.

For all children

Please complete with the details of the child.

Then

Complete this section if you wish to have your child vaccinated.

Or

Complete this section if you do not wish to have your child vaccinated.

To receive this document in an accessible format email: immunisation@dhhs.vic.gov.au

Authorised and published by the Victorian Government,
1 Treasury Place, Melbourne.

© State of Victoria, July 2016 (1607016)

Human papillomavirus (HPV) vaccine consent form

Recommended for children in Year 7 of secondary school

Please read the information.

Complete the form **even if the vaccine is not to be given**.
Detach the form and return it to school.

Student details

Medicare number: 1234 98765 7 3 (Number beside child's name)
Surname: CITIZEN First name: MARK
Residential address: 20 BLOCK STREET MELBOURNE
Postcode: 3000 Date of birth: 31 / 05 / 2004 Sex: ☐ Female ☒ Male
School: BLOCK HIGH SCHOOL Homegroup: 7A

Is this person of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? (please tick)

☒ No ☐ Aboriginal ☐ Torres Strait Islander ☐ Aboriginal and Torres Strait Islander

Parent/guardian contact details

Surname: CITIZEN First name: SANDRA
Email: parentorguardian@internetprovider.com
Daytime phone number: 9123 4567 Mobile: 0404 123 456

Parent/guardian sign if you agree to your child receiving Human papillomavirus (HPV) vaccination at school

I have read and understand the information given to me about vaccination, including the risks of disease and side effects of the vaccine. I understand that I am giving consent for three doses of HPV vaccine to be administered over four to six months. I have been given the opportunity to discuss the vaccine with an immunisation provider. I understand that consent can be withdrawn at any time before vaccination takes place. I understand that the immunisation provider will record vaccination details and that my child's vaccination details will be forwarded to the National HPV Vaccination Program Register.

☐ YES, I CONSENT to Human papillomavirus (HPV) vaccination (please tick)

I am authorised to give consent for the above child to be vaccinated.

Parent/guardian name (please print):

Parent/guardian signature: Date: / /

No I do not consent to the HPV vaccinations.

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with the HPV vaccines.

Parent/guardian signature: Date: / /

Privacy statement. The Year 7 Secondary School Vaccine Program is funded by the Australian and Victorian governments and delivered by local councils. Under the *Public Health and Wellbeing Act 2008*, local councils are responsible for coordinating and providing immunisation services to children being educated within the municipal district. Local councils are committed to protecting the privacy, confidentiality and security of personal information, in accordance with the *Privacy and Data Protection Act 2014* and the *Health Records Act 2001*.

Local councils report all adolescent vaccines given through school programs to the Australian School Vaccination Register (ASVR). Personal identifying details will be kept confidential. This will provide tools such as recall and reminder systems to improve adolescent vaccination rates. This is important to improve immunisation rates overall. Individuals will have access to their record of all vaccines recorded in the Australian Immunisation Register and the ASVR. Aggregate immunisation data may be disclosed to the Victorian government for the purpose of monitoring, funding and improving the Year 7 Secondary School Vaccine Program. This information does not identify any individual.

Information related to you or your child will be used or disclosed for purposes directly related to your child's immunisation, and in ways that you would reasonably expect. This may include the transfer or exchange of relevant information to your GP, to your child's GP, to another treating health service or hospital or another local council. The local council may provide you with information related to the school vaccine program via SMS or email. You can access your child's data by contacting the local council where your child attends school.

Office use only:

Date dose given:

Nurse initials:

Human papillomavirus (HPV) vaccine consent form

Recommended for children in Year 7 of secondary school

Please read the information.

Complete the form **even if the vaccine is not to be given**.

Detach the form and return it to school.

Student details

Medicare number (Number beside child's name)

Surname: _____ First name: _____

Residential address: _____

Postcode: _____ Date of birth: / / Sex: ☐ Female ☐ Male

School: _____ Homegroup: _____

Is this person of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? (please tick)

☐ No ☐ Aboriginal ☐ Torres Strait Islander ☐ Aboriginal and Torres Strait Islander

Parent/guardian contact details

Surname: _____ First name: _____

Email: _____

Daytime phone number: _____ Mobile: _____

Parent/guardian sign if you agree to your child receiving Human papillomavirus (HPV) vaccination at school

I have read and understand the information given to me about vaccination, including the risks of disease and side effects of the vaccine. I understand that I am giving consent for three doses of HPV vaccine to be administered over four to six months. I have been given the opportunity to discuss the vaccine with an immunisation provider. I understand that consent can be withdrawn at any time before vaccination takes place. I understand that the immunisation provider will record vaccination details and that my child's vaccination details will be forwarded to the National HPV Vaccination Program Register.

☐ **YES, I CONSENT to Human papillomavirus (HPV) vaccination** (please tick)

I am authorised to give consent for the above child to be vaccinated.

Parent/guardian name (please print): _____

Parent/guardian signature: _____ Date: / /

No I do not consent to the HPV vaccinations.

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with the HPV vaccines.

Parent/guardian signature: _____ Date: / /

Privacy statement. The Year 7 Secondary School Vaccine Program is funded by the Australian and Victorian governments and delivered by local councils. Under the *Public Health and Wellbeing Act 2008*, local councils are responsible for coordinating and providing immunisation services to children being educated within the municipal district. Local councils are committed to protecting the privacy, confidentiality and security of personal information, in accordance with the *Privacy and Data Protection Act 2014* and the *Health Records Act 2001*.

Local councils report all adolescent vaccines given through school programs to the Australian School Vaccination Register (ASVR). Personal identifying details will be kept confidential. This will provide tools such as recall and reminder systems to improve adolescent vaccination rates. This is important to improve immunisation rates overall. Individuals will have access to their record of all vaccines recorded in the Australian Immunisation Register and the ASVR. Aggregate immunisation data may be disclosed to the Victorian government for the purpose of monitoring, funding and improving the Year 7 Secondary School Vaccine Program. This information does not identify any individual.

Information related to you or your child will be used or disclosed for purposes directly related to your child's immunisation, and in ways that you would reasonably expect. This may include the transfer or exchange of relevant information to your GP, to your child's GP, to another treating health service or hospital or another local council. The local council may provide you with information related to the school vaccine program via SMS or email. You can access your child's data by contacting the local council where your child attends school.

Office use only: _____

Date dose given: _____ Nurse initials: _____