

အထက်တန်းကျောင်း Meningococcal ACWY ကာကွယ်ဆေး အစီအစဉ်

ဖြည့်စွက်ပြီး ကျောင်းသို့ပြန်ပို့ပေးပါ

1. Meningococcal ACWY အချက်အလက်များကို ဖတ်ရှုပါ။
2. သဘောတူညီချက် အပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပြီး အကယ်၍ ကာကွယ်ဆေးထိုးမည်ဆိုလျှင် လက်မှတ်ထိုးပါ။
3. သဘောတူညီချက် ပုံစံကို ဖြတ်ထုတ်ပြီး ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ပေးပါ သင့်ကလေးအား ကာကွယ်ဆေး သင် မထိုးစေလိုသည့်တိုင်အောင် ပြန်ပို့ပေးပါ။ ပိုမိုသိရှိလိုသော အချက်အလက်များအတွက် သင့် ဒေသကောင်စီကို ဆက်သွယ်ပါ။

Meningococcal ACWY အချက်အလက်များ

Meningococcal ACWY

မနင်ဂိုကိုကယ်လ် ရောဂါသည် ဘက်တီးရီးယား ပိုးကြောင့် ဖြစ်ပွားပါသည်။ မနင်ဂိုကိုယယ်လ် ရောဂါသည် အဖြစ်မများသော်လည်း ၎င်းသည် အလွန် အလျင်အမြန် လွန်စွာ ပြင်းထန်လာနိုင်ပါသည်။ လူဦးရေ၏ 10 % ခန့်မှာ မနင်ဂိုကိုကယ်လ် ဘက်တီးရီးယားကို နေထိုင်မကောင်းမဖြစ်စေဘဲ ၎င်းတို့၏ လည်ချောင်းထဲတွင် သယ်ဆောင်ထား ကြပါသည်။ ဤလူများကို 'သယ်ဆောင်သူများ' ဟုလူသိများသည်။ မနင်ဂိုကိုကယ်လ် ဘက်တီးရီးယားသည် လူတစ်ဦးမှ တစ်ဦးသို့ ပုံမှန်၊ နီးနီးကပ်ကပ်၊ ရေရှည် အိမ်ထောင်စု အထိအတွေ့နှင့် ရင်းရင်းနှီးနှီးထိတွေ့မှုမှတစ်ဆင့် ကူးစက်ပျံ့နှံ့ပါသည်။ ဆယ်ကျော်သက်ရွယ်များသည် မနင်ဂိုကိုကယ်လ် ရောဂါ အန္တရာယ် ပိုမိုများပြီး အခြားသူများအား ရောဂါကို ပျံ့နှံ့စေရန် ပိုမိုဖြစ်နိုင်ဖွယ်ရှိပါသည်။

အသည်းအသန်ပျံ့နှံ့စေသည့် မနင်ဂိုကိုကယ်လ် ရောဂါသည် ဘက်တီးရီးယားပိုးမှာ သွေးကြောတွင်သို့ ဝင်သွားသည့်အခါ စက်တစ်ဆီးမီးရား (သွေးကို ကူးစက်မှု) သို့မဟုတ် မနင်ဂိုဂျင်းတစ် (ဦးနှောက်အကာအရံ အမြှေးပါး ကိုရောင်ခြင်း) ကိုဖြစ်ပွားစေသည်။ အဖြစ်ခံရသူများ၏ 10% အထိမှာ အသက် သေဆုံးနိုင်ပါသည်။ ရဲဖန်ရဲခါ ပြင်းထန်သည့် ကူးစက်မှုသည် အဆစ်၊ လည်ချောင်း၊ အဆုတ် သို့မဟုတ် အူသိမ်များတွင်လည်း ဖြစ်ပွားနိုင်ပါသည်။

မနင်ဂိုကိုကယ်လ် ဘက်တီးရီးယား အမျိုးမျိုး (ဘက်တီးရီးယားအုပ်စု) ရှိသည်။ အင်္ဂလိပ် အက္ခရာအားဖြင့် မနင်ဂိုကိုကယ်လ် A, B, C, W နှင့် Y အပါအဝင်ဖြစ်ပါသည်။ လတ်တလောနှစ်များ၌ အချို့သော ဤမနင်ဂိုကိုကယ်လ် အုပ်စုများသည် ဩစတြေးလျနိုင်ငံ တစ်ဝန်း တိုးမြှင့်လာသည်။

Meningococcal ACWY-ပါဝင်သည့် ကာကွယ်ဆေး

Meningococcal ACWY-ပါဝင်သည့်ကာကွယ်ဆေးသည် တစ်ချောင်းထဲတွင် လေးမျိုး ပေါင်းစပ်ထားသည့် ကာကွယ်ဆေးဖြစ်ပြီး meningococcal A, C, W, Y ဘက်တီးရီးယားအုပ်စုများကို အကာအကွယ်ပေးသည်။ သုတေသနလေ့လာမှုများက ပြသခဲ့သည်မှာ meningococcal A, C, W, Y ကာကွယ်ဆေး၏ ထိရောက်မှုမှာ ဆယ်ကျော်သက်ရွယ်များတွင် 80% မှ 85 % အကြားတွင် ရှိပါသည်။ Meningococcal A, C, W, Y ကာကွယ်ဆေးထိုး အစီအစဉ်ကို 2015 ခုနှစ် ကတည်းက UK နိုင်ငံတွင် ဆယ်ကျော်သက်ရွယ်များအား ထိုးပေးခဲ့ပြီး 2005 ခုနှစ် ကတည်းက US တွင်တိုက်တွန်းခဲ့သည်။

ကာကွယ်ဆေးတွင် မည်သည့် ဘက်တီးရီးယားအရင်းမျှ မပါရှိဘဲ မနင်ဂိုကိုကယ်လ် ရောဂါကို မဖြစ်ပွားနိုင်ပါ။ ACWY အုပ်စု ကာကွယ်ဆေးသည် ဆယ်ကျော်သက်ရွယ်များကို ၎င်းတို့ကလေးငယ်ဘဝ၌ ရရှိခဲ့သည့် C အုပ်စုကို အင်အားထပ်ဖြည့်ပေးမည်ဖြစ်ပြီး A နှင့် Y အုပ်စုများကို အကာအကွယ်ပေးသည်။


မနင်ဂိုကိုကယ်လ် ACWY ကာကွယ်ဆေး၏ ဖြစ်နိုင်သော ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများ

ဘေးထွက်ဆိုးကျိုး အများစုမှာ အသေးအမွှာဖြစ်ပြီး လျင်မြန်စွာ ပျောက်ကွယ်သွားပါသည်။ အောက်ဖော်ပြပါ ဓာတ်မတည့်မှုများသည် အကယ်၍ ဖြစ်ပွားလျှင် ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီး များမကြာမီ ဖြစ်ပွားလိမ့်မည်။

အဖြစ်များသည့် ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများ

- ငြင်သာသော ကိုယ်အပူအဖျား
- ခေါင်းကိုက်ခြင်း
- မူးဝေခြင်း
- အပံ့ထိုးရာနေရာတွင် နာခြင်း ၊ နီခြင်း နှင့် ရောင်ခြင်း
- ကာကွယ်ဆေး တစ်ခုခု ထိုးပြီးနောက် 30 မိနစ် အထိတွင် မူးလဲကျခြင်းဖြစ်နိုင်ပါသည်။

ဘာသာပြန် နှင့်
စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်း
131 450 ကိုခေါ်ပါ




An Australian, State and Territory Governments initiative

Meningococcal ACWY ကာကွယ်ဆေး သဘောတူညီချက် ပုံစံ

1. Meningococcal ACWY အချက်အလက်များကို ဖတ်ရှုပါ။
2. သဘောတူညီချက် အပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပြီး အကယ်၍ ကာကွယ်ဆေးထိုးမည်ဆိုလျှင် လက်မှတ်ထိုးပါ။
3. သဘောတူညီချက် ပုံစံကို ဖယ်ရှားပြီး ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ပေးပါ။ သင့်ကလေးအား ကာကွယ်ဆေး သင် မထိုးစေလိုသည့်တိုင်အောင် ပြန်ပို့ပေးပါ။

ကျောင်းသားကျောင်းသူ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ

မက်ဒီကန် နံပါတ် (ကလေး၏နံပါတ် နှစ်တွင် နံပါတ်)

နောက်ဆုံးအမည်- ပထမအမည်-

စာပို့လိပ်စာ-

စာတိုက်နယ်အမှတ်- မွေးသက္ကရာဇ်- / / မ ကျား

ကျောင်း- အတန်း-

ဤလူသည် အဘိုးရင်းဂုဏ်ရည်ရှိသူ သို့မဟုတ် တောရက်စ ရေလက်ကြား ကျွန်းသားလူမျိုး နောက်ခံမှလူ ဖြစ်ပါသလား။ (ကျေးဇူးပြု၍ အမှန်ဖြစ်ပါ)
 မဟုတ်ပါ အဘိုးရင်းဂုဏ်ရည်ရှိသူ တောရက်စ ရေလက်ကြား ကျွန်းသားလူမျိုး အဘိုးရင်းဂုဏ်ရည်ရှိသူ တောရက်စ ရေလက်ကြား ကျွန်းသား လူမျိုး

မိဘ /အုပ်ထိန်းသူ ဆက်သွယ်ရမည့်အချက်အလက်များ

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် အသက် 18 နှစ် သို့မဟုတ် အထက် ကျောင်းသူကျောင်းသား၏ အမည်-

နေအချိန် ဖုန်းနံပါတ်- မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ-

အိမ်လေး-

ကာကွယ်ဆေး သဘောတူညီချက်

မြက်ဟကြောချက်- ကျွန်ုပ်၏ ကလေးအား ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် အတွက် သဘောတူညီချက်ပေးရန် သို့မဟုတ် သဘောမတူရန် အတွက် ကျွန်ုပ်တို့ အခွင့်အာဏာရှိပါသည်။ ကာကွယ်ဆေး ထိုးထားခြင်း၏ အန္တရာယ်များနှင့် ကာကွယ်ဆေး၏ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများ အပါအဝင်ဖြစ်သော ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးထားသည့် ကာကွယ်ဆေး အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ဖတ်ရှုပြီးနားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကာကွယ်ဆေး၏ အန္တရာယ်များနှင့် အကျိုးကျေးဇူးများကို ကျွန်ုပ်တို့၏ ဒေသကောင်စီ သို့မဟုတ် ဆရာဝန်နှင့် ဆွေးနွေးနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေးမထိုးမီ အချိန်မှစ၍ သဘောတူညီချက်ကို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။

အသက် 18 နှစ်အောက် ကလေးများအတွက် ဖြည့်စွက်ရန် (အသက် 18 နှစ်နှင့် အထက် ကျောင်းသူ ကျောင်းသားများသည် မိမိတို့၏ ကိုယ်ပိုင် သဘောတူညီချက်ကို ပေးနိုင်ပါသည်)

ဟုတ်ပါသည်။ ကျောင်းတွင် ကျွန်ုပ် ကလေး Meningococcal ACWY ကာကွယ်ဆေးကို ထိုးရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။

Meningococcal ကာကွယ်ဆေးသည် တစ်ချောင်းထဲတွင် လေးမျိုး ပေါင်းစပ်ထားသည့် ကာကွယ်ဆေးဖြစ်ပြီး meningococcal A, C, W, Y ဘက်တီးရီးယားအုပ်စုများကို အကာအကွယ်ပေးသည် (ဆေးတစ်ချောင်းတည်း)။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်- ရက်စွဲ- / /

သို့မဟုတ်

မဟုတ်ပါ။ ကျောင်းတွင် ကျွန်ုပ် ကလေး Meningococcal ACWY ကာကွယ်ဆေးကို ထိုးရန် ကျွန်ုပ် သဘောမတူပါ။

သို့မဟုတ်

မဟုတ်ပါ။ ကျွန်ုပ်ကလေးသည် Meningococcal ACWY ကာကွယ်ဆေးကို တစ်နေရာရာ၌ ထိုးပြီးဖြစ်ပါသည်။

ရရှိရင်ခွဲရောဂါ ကာကွယ်ဆေးအပေါ် ပြင်းထန်သည့် ဓါတ်မတည့်မှု သို့မဟုတ် ယခင် ပြင်းထန်သည့် ဓါတ်မတည့်မှုကို ကျေးဇူးပြု၍ သတိပြုပါ။

ကိုယ်ပိုင်ဆိုင်ခြင်းနှင့် မြက်ဟချက် Meningococcal ACWY ကာကွယ်ဆေး အစီအစဉ်သည် ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်များနှင့် အညီရရှိရန် မတည့်ပေးထားသည့် ကာကွယ်ဆေး အစီအစဉ် ဖြစ်ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေးများကို ဒေသဆိုင်ရာကောင်စီ ကာကွယ်ဆေးထိုး ဝန်ဆောင်မှုများမှ ခန့်အပ်ထားသည့် ကာကွယ်ဆေးထိုး သူများက ထိုးပေးပါသည်။ ၎င်းသည် ဖိတ်ခေါ်မှုများဖြင့် အထက်တန်းကျောင်း တစ်ခုစီသို့ တစ်နှစ်လျှင် အကြိမ်အနည်းငယ် သွားရောက်ပါသည်။ အများပြည်သူ ကျန်းမာရေးနှင့် သာယာဝပြောရေး 2008 ခုနှစ် (Public Health and Wellbeing Act 2008) အရ ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီများသည် ပြုစုပေးရန် အတွက် ပညာသင်ယူလျက်ရှိသည့် ကလေးများအား ကာကွယ်ဆေးထိုးဝန်ဆောင်မှုကို စီမံခန့်ခွဲခြင်းထိုးပေးရန် တာဝန်ရှိကြသည်။ ကောင်စီများသည် အချက်အလက် သိခြင်းရရှိရန် အချက်အလက်ကာကွယ်ပေးရေး အက်ဥပဒေ 2014 ခုနှစ် (Privacy and Data Protection Act 2014) နှင့် ကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းများ အက်ဥပဒေ 2001 ခုနှစ် (Health Records Act 2001) တို့နှင့်အညီ ကိုယ်ပိုင်ဆိုင်မှု အချက်အလက်များ၏ သိခြင်းရရှိရန် လျှို့ဝှက်ထားမှုရရှိရန် လိုအပ်ချက်ကို အကာအကွယ်ပေးထားရန် ကတိကဝတ်ပြု တာဝန်ယူထားပါသည်။

ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီများသည် ကျောင်းအစီအစဉ်များတစ်ဆင့် ထိုးပေးသည့် ဆယ်ကျော်သက်ရွယ် ကာကွယ်ဆေး အားလုံးကို ဩစတြေးလျနိုင်ငံ ကျောင်း ကာကွယ်ဆေးထိုးမှတ်ပုံတင် (Australian Immunisation Register (AIR)) သို့ အကြောင်းကြားပါသည်။ အမည်ဖော်ထုတ်မည့် ကိုယ်ပိုင်ဆိုင်မှုအစီအစဉ် အချက်အလက်များကို လျှို့ဝှက်သိမ်းဆည်းထား ပါလိမ့်မည်။ ၎င်းသည် ဆယ်ကျော်သက်ရွယ် ကာကွယ်ဆေးထိုးမှုများကို တိုးမြှင့်စေရန် ပြန်ပေါ်ခြင်းနှင့် သတိပေးခြင်း နေ့စဉ်သို့ လိုက်နာပေးရန် လုပ်ပေးပါလိမ့်မည်။ ၎င်းသည် အလုပ်အကိုင်ဖြင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးမှုများကို တိုးမြှင့်ပေးရန် အရေးကြီးပါသည်။ တစ်ဦးချင်းပုဂ္ဂိုလ်များသည် ဩစတြေးလျနိုင်ငံ ကာကွယ်ဆေးထိုး မှတ်ပုံတင် (Australian Immunisation Register) တွင် မှတ်တမ်းတင်ထားသည့် မိမိတို့၏ ကာကွယ်ဆေး မှတ်တမ်းအားလုံးကို ကြည့်ရှုနိုင်ရပါလိမ့်မည်။ စုစုပေါင်း ကာကွယ်ဆေးထိုး အချက်အလက်ကို စောင့်ကြည့်ကြည့်ရှုခြင်းနှင့် အထက်တန်းကျောင်း မှတ်တမ်းများနှင့် အထက်တန်းကျောင်း မှတ်တမ်းများကို အချက်အလက်များတွင် မည်သည့် ပုဂ္ဂိုလ်ကိုမျှ မည်သူဖြစ်ကြောင်း မဖော်ထုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် သင့်ကလေးနှင့်ဆက်သွယ်သည့် အချက်အလက်များကို သင့်ကလေး၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးမှုနှင့်တိုက်ရိုက် ဆက်သွယ်သည့် ကိစ္စများအတွက် နှင့် သင် သင့်တင့်လျောက်ပတ်စွာ မျှော်လင့်လိမ့်မည်ဖြစ်သော နည်းလမ်းများဖြင့် အသုံးပြုမည့် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းတွင် သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို သင် အထွေထွေရောဂါကု ဆရာဝန်၊ ကုသပေးသည့် အခြား ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ သို့မဟုတ် အခြား ဒေသဆိုင်ရာကောင်စီသို့ လွှဲပေးခြင်း သို့မဟုတ် လဲလှယ်ခြင်း ပါဝင်ကောင်းပါသည်။ ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီသည် သင့်အား ကျောင်းကာကွယ်ဆေးထိုး အစီအစဉ်နှင့် ဆက်သွယ်သည့် အချက်အလက်များကို ဖုန်းအမှတ် (SMS) သို့မဟုတ် အီးမေးလ်မှတ်ပုံတင် ပို့ပေးနိုင်ပါသည်။ သင်သည် သင့်ကလေး တက်ရောက်သည့် ကျောင်းရရှိရာ ဒေသကောင်စီကို ဆက်သွယ်ခြင်းအားဖြင့် သင့်ကလေး၏ အချက်အလက်များကို ရယူနိုင်ပါသည်။

Meningococcal ACWY ကာကွယ်ဆေး သဘောတူညီချက် ပုံစံ

1. Meningococcal ACWY အချက်အလက်များကို ဖတ်ရှုပါ။
2. သဘောတူညီချက် အပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပြီး အကယ်၍ ကာကွယ်ဆေးထိုးမည်ဆိုလျှင် လက်မှတ်ထိုးပါ။
3. သဘောတူညီချက် ပုံစံကို ဖယ်ရှားပြီး ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ပေးပါ။ သင့်ကလေးအား ကာကွယ်ဆေး သင် မထိုးစေလိုသည့်တိုင်အောင် ပြန်ပို့ပေးပါ။

ကျောင်းသားကျောင်းသူ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ

မက်ဇီက နံပါတ် (ကလေး၏နံပါတ် နှစ်တွင် နံပါတ်)

နောက်ဆုံးအမည်- CITIZEN ဝတ်စုံအမည်- ELIZA

စာပို့လိပ်စာ- 20 BLOCK STREET MELBOURNE

စာတိုက်နယ်အမှတ်- 3000 မွေးသက္ကရာဇ်- 18 / 10 / 2000 မ ကျား

ကျောင်း- BLOCK HIGH SCHOOL အတန်း- 11A

ဤလူသည် အဘိုးရင်းဂုဏ်ရည် သို့မဟုတ် တောရက်စ ရေလက်ကြား ကျွန်းသားလူမျိုး နောက်ခံမှလူ ဖြစ်ပါသလား။ (ကျေးဇူးပြု၍ အမှန်ဖြစ်ပါ)
 မဟုတ်ပါ အဘိုးရင်းဂုဏ်ရည် တောရက်စ ရေလက်ကြား ကျွန်းသားလူမျိုး အဘိုးရင်းဂုဏ်ရည်နှင့် တောရက်စ ရေလက်ကြား ကျွန်းသား လူမျိုး

မိဘ / အုပ်ထိန်းသူ ဆက်သွယ်ရမည့်အချက်အလက်များ

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် အသက် 18 နှစ် သို့မဟုတ် အထက် ကျောင်းသူကျောင်းသား၏ အမည်- MICHAEL BLOCK

နေအချိန် ဖုန်းနံပါတ်- 9123 4567 ဖုန်းနံပါတ်- 0408 123 456

အီးမေးလ်- parentguardian@internetprovider.com

ကာကွယ်ဆေး သဘောတူညီချက်

မြက်ဟကြောချက်- ကျွန်ုပ်၏ ကလေးအား ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် အတွက် သဘောတူညီချက်ပေးရန် သို့မဟုတ် သဘောမတူရန် အတွက် ကျွန်ုပ်တို့ အခွင့်အာဏာရှိပါသည်။ ကာကွယ်ဆေး ထိုးထားခြင်း၏ အန္တရာယ်များနှင့် ကာကွယ်ဆေး၏ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများ အပါအဝင်ဖြစ်သော ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးထားသည့် ကာကွယ်ဆေး အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ် ဖတ်ရှုပြီးနားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကာကွယ်ဆေး၏ အန္တရာယ်များနှင့် အကျိုးကျေးဇူးများကို ကျွန်ုပ်တို့၏ ဒေသကောင်စီ သို့မဟုတ် ဆရာဝန်နှင့် ဆွေးနွေးနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေးမထိုးမီ အချိန်မှစ၍ သဘောတူညီချက်ကို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။

အသက် 18 နှစ်အောက် ကလေးများအတွက် ဖြည့်စွက်ရန် (အသက် 18 နှစ်နှင့် အထက် ကျောင်းသူ ကျောင်းသားများသည် မိမိတို့၏ ကိုယ်ပိုင် သဘောတူညီချက်ကို ပေးနိုင်ပါသည်)

ဟုတ်ပါသည်။ ကျောင်းတွင် ကျွန်ုပ် ကလေး Meningococcal ACWY ကာကွယ်ဆေးကို ထိုးရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။

Meningococcal ကာကွယ်ဆေးသည် တစ်ချောင်းထဲတွင် လေးမျိုး ပေါင်းစပ်ထားသည့် ကာကွယ်ဆေးဖြစ်ပြီး meningococcal A, C, W, Y ဘက်တီးရီးယားအုပ်စုများကို အကာအကွယ်ပေးသည် (ဆေးတစ်ချောင်းတည်း)။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်- ရက်စွဲ- / /

သို့မဟုတ်

မဟုတ်ပါ။ ကျောင်းတွင် ကျွန်ုပ် ကလေး Meningococcal ACWY ကာကွယ်ဆေးကို ထိုးရန် ကျွန်ုပ် သဘောမတူပါ။

သို့မဟုတ်

မဟုတ်ပါ။ ကျွန်ုပ်ကလေးသည် Meningococcal ACWY ကာကွယ်ဆေးကို တစ်နေရာရာ၌ ထိုးပြီးဖြစ်ပါသည်။

ရှိုင်းစွဲရောဂါ ကာကွယ်ဆေးအပေါ် ပြင်းထန်သည့် ဓါတ်မတည့်မှု သို့မဟုတ် ယခင် ပြင်းထန်သည့် ဓါတ်မတည့်မှုကို ကျေးဇူးပြု၍ သတိပြုပါ။

ကိုယ်ရေးချက်ပြုတ်ခြင်း Meningococcal ACWY ကာကွယ်ဆေး အစီအစဉ်သည် ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်များနှင့် အညီရရှိရန် မတည့်ပေးထားသည့် ကာကွယ်ဆေး အစီအစဉ် ဖြစ်ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေးများကို ဒေသဆိုင်ရာကောင်စီ ကာကွယ်ဆေးထိုး ဝန်ဆောင်မှုများမှ ခန့်အပ်ထားသည့် ကာကွယ်ဆေးထိုး သူများက ထိုးပေးပါသည်။ ၎င်းသည် ဖိတ်ခေါ်ယူသည့် အထက်တန်းကျောင်း တစ်ခုစီသို့ တစ်နှစ်လျှင် အကြိမ်အနည်းငယ် သွားရောက်ပါသည်။ အများပြည်သူ ကျန်းမာရေးနှင့် သာယာဝပြောရေး 2008 ခုနှစ် (Public Health and Wellbeing Act 2008) အရ ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီများသည် ပြုစုပေးရန် အတွက် ပညာသင်ယူလျက်ရှိသည့် ကလေးများအား ကာကွယ်ဆေးထိုးဝန်ဆောင်မှုကို စီမံခန့်ခွဲခြင်းပေးရန် တာဝန်ရှိကြသည်။ ကောင်စီများသည် အချက်အလက် သိရှိခြင်းနှင့် အချက်အလက်ကာကွယ်ပေးရေး အက်ဥပဒေ 2014 ခုနှစ် (Privacy and Data Protection Act 2014) နှင့် ကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းများ အက်ဥပဒေ 2001 ခုနှစ် (Health Records Act 2001) တို့နှင့်အညီ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များ၏ သိရှိခြင်းနှင့် လျှို့ဝှက်ထားခြင်းနှင့် လုံခြုံရေးတို့ကို အကာအကွယ်ပေးထားရန် ကတိကဝတ်ပြု တာဝန်ယူထားပါသည်။

ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီများသည် ကျောင်းအစီအစဉ်များတစ်ဆင့် ထိုးပေးသည့် ဆယ်ကျော်သက်ရွယ် ကာကွယ်ဆေး အားလုံးကို ဩစတြေးလျနိုင်ငံ ကျောင်း ကာကွယ်ဆေးထိုးမှတ်ပုံတင် (Australian Immunisation Register (AIR)) သို့ အကြောင်းကြားပါသည်။ အမည်ဖော်ထုတ်မည့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအသေးစိတ် အချက်အလက်များကို လျှို့ဝှက်သိမ်းဆည်းထား ထားပါသည်။ ၎င်းသည် ဆယ်ကျော်သက်ရွယ် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံမှုများကို တိုးမြှင့်စေရန် ပြန်ပေါ်ခြင်းနှင့် သတိပေးခြင်း နေရာကဲ့သို့ လုပ်ဆောင်မှုများကို လုပ်ပေးပါလိမ့်မည်။ ၎င်းသည် အလုပ်အကိုင်ဖြင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံမှုကို တိုးမြှင့်ပေးရန် အရေးကြီးပါသည်။ တစ်ဦးချင်းပုဂ္ဂိုလ်များသည် ဩစတြေးလျနိုင်ငံ ကာကွယ်ဆေးထိုး မှတ်ပုံတင် (Australian Immunisation Register) တွင် မှတ်တမ်းတင်ထားသည့် မိမိတို့၏ ကာကွယ်ဆေး မှတ်တမ်းအားလုံးကို ကြည့်ရှုနိုင်ရပါလိမ့်မည်။ စုစုပေါင်း ကာကွယ်ဆေးထိုး အချက်အလက်ကို စောင့်ကြည့်ကြည့်ရှုခြင်းနှင့် အထက်တန်းကျောင်း မှတ်တမ်းများနှင့် အထက်တန်းကျောင်း မှတ်တမ်းများကို အချက်အလက်များတွင် မည်သည့် ပုဂ္ဂိုလ်ကိုမျှ မည်သို့ဖြစ်ကြောင်း မဖော်ထုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် သင့်ကလေးနှင့်ဆက်သွယ်သည့် အချက်အလက်များကို သင့်ကလေး၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးမှုနှင့်တိုက်ရိုက် ဆက်သွယ်သည့် ကိစ္စများအတွက် နှင့် သင် သင့်တင့်လျောက်ပတ်စွာ မျှော်လင့်လိမ့်မည်ဖြစ်သော နည်းလမ်းများဖြင့် အသုံးပြုမည့် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းတွင် သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို သင် အထွေထွေရောဂါကု ဆရာဝန်၊ ကုသပေးသည့် အခြား ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ သို့မဟုတ် အခြား ဒေသဆိုင်ရာကောင်စီသို့ လွှဲပေးခြင်း သို့မဟုတ် လဲလှယ်ခြင်း ပါဝင်ကောင်းပါသည်။ ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီသည် သင့်အား ကျောင်းကာကွယ်ဆေးထိုး အစီအစဉ်နှင့် ဆက်သွယ်သည့် အချက်အလက်များကို ဖုန်းအမှတ် (SMS) သို့မဟုတ် အီးမေးလ်မှတ်တမ်းပို့ပေးကောင်း ပို့ပေးနိုင်ပါသည်။ သင်သည် သင့်ကလေး တက်ရောက်သည့် ကျောင်းရုံးရှိ ဒေသကောင်စီကို ဆက်သွယ်ခြင်းအားဖြင့် သင့်ကလေး၏ အချက်အလက်များကို ရယူနိုင်ပါသည်။

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	parentorguardian@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