Vắc-xin thủy đậu (Trái rạ)

Áp dụng cho học sinh phổ thông trung học lớp 7

Hãy đọc thông tin này.
Điền vào mẫu chấp thuận kể cả khi không chủng ngừa.
Gửi lại mẫu chấp thuận cho nhà trường.

- **Con quý vị có cần chủng ngừa vắc-xin thủy đậu**? Xem dưới đây để biết thêm thông tin.
- Hội đồng Thành phố địa phương sẽ sớm đến thăm nhà trường theo chương trình chủng ngừa này.
- Vắc-xin chủng ngừa trong năm nay có sẵn miễn phí tại trường học, bác sĩ hoặc dịch vụ chủng ngừa của Hội đồng Thành phố địa phương.
- Đọc danh sách kiểm tra trước khi chủng ngừa và thảo luận mọi vấn đề sức khỏe với người thực hiện chủng ngừa trước khi con quý vị được chủng ngừa.
- Con quý vị có thể cần phải tiêm chích nhiều hơn một lần trong một ngày để phòng các bệnh khác nhau. Việc này sẽ không làm tăng nguy cơ con quý vị bị phản ứng vắc-xin.
- Quý vị phải gửi lại mẫu chấp thuận cho nhà trường ngay cả khi con quý vị không được chủng ngừa, vì điều này giúp cải thiện các dịch vụ y tế được cung cấp.

Con quý vị có cần chủng ngừa vắc-xin thủy đậu không?

Con tôi đã bị bệnh thủy đậu, tôi cần phải làm gì?

Nếu quý vị chắc chắn rằng con quý vị đã bị bệnh thủy đậu thì không cần thiết phải chủng ngừa nữa. Tuy nhiên, vẫn an toàn khi chích ngừa vắc-xin này cho trẻ đã bị bệnh thủy đậu.

Tôi không chắc chắn liệu con tôi đã bị bệnh thủy đậu hay chưa, tôi cần phải làm gì?

Con quý vị cần được chủng ngừa.

Con tôi đã được chủng ngừa vắc-xin thủy đậu một lần, bây giờ có cần phải chủng ngừa lần thứ hai không?

Có, 2 liều vắc-xin thủy đậu sẽ giúp tăng khả năng bảo vệ và giảm nguy cơ mắc bệnh thủy đậu về sau này.

Con tôi đã được chích ngừa vắc-xin thủy đậu và đã bị bệnh thủy đậu, tôi cần phải làm gì?

Nếu quý vị chắc chắn rằng con quý vị đã bị bệnh thủy đậu thì không cần thiết phải chủng ngừa nữa. Tuy nhiên, vẫn an toàn khi chích ngừa vắc-xin này cho trẻ đã bị bệnh thủy đậu.

Bệnh thủy đậu

Thủy đậu là bệnh rất dễ lây do vi rút thủy đậu zoster gây ra. Bệnh thủy đậu lây lan khi người mắc bệnh ho và hắt hơi và khi tiếp xúc trực tiếp với chất dịch trong mụn nước.

Ở trẻ em khỏe mạnh, thủy đậu thường là một bệnh nhẹ không kéo dài; đôi khi bệnh thủy đậu sẽ chuyển thành một bệnh nghiêm trọng hơn như nhiễm trùng da do vi khuẩn gây ra và dẫn đến bị sẹo, viêm phổi hoặc viêm não. Người trưởng thành mắc bệnh thủy đậu thường có các triệu chứng nặng hơn. Bệnh thủy đậu cũng có thể là mối hiểm họa đối với thai nhi nếu thai phụ mắc bệnh này. Bệnh thủy đậu có thể gây ra bệnh nặng và thậm chí tử vong ở người thuộc mọi lứa tuổi.

Thời kỳ ủ bệnh thủy đậu từ 10 đến 21 ngày, sau đó ban đầu xuất hiện những nốt đỏ, rồi chuyển thành mụn nước trong vài giờ đồng hồ. Những nốt đỏ này thường xuất hiện trên thân người, mặt và các phần khác của cơ thể. Hầu hết người mắc bệnh thủy đậu đều bị sốt và cảm thấy không khỏe và có thể bị ngứa vô cùng.

Bất cứ ai chưa từng bị bệnh thủy đậu đều có thể mắc bệnh này. Trước khi có chương trình chủng ngừa, khoảng 75% người mắc bệnh thủy đậu trước khi lên 12 tuổi.

Dịch vụ Biên dịch và Thông dịch
Gọi số 131 450

Interpreter

IMMUNISE AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory Governments initiative

Vắc-xin thủy đậu

Vắc-xin thủy đậu có chứa vi-rút sống nhưng đã được biến đổi để giảm độ mạnh cùng với một lượng nhỏ kháng sinh neomycin.

Những tác dụng phụ có thể xảy ra của vắc-xin thủy đậu

Những tác dụng phụ thông thường

- Sốt
- Đau, tấy đỏ và sưng tại chỗ chích ngừa
- Nổi cục nhỏ tạm thời tại chỗ chích ngừa
- Có thể bị ngất xỉu trong vòng 30 phút sau khi chích ngừa.

Nếu những phản ứng nhẹ xảy ra, có thể giảm tác dụng phụ bằng cách:

- uống nhiều nước và không mặc quá nhiều quần áo nếu bị sốt
- Đắp một miếng vải ướt lạnh lên chỗ chích ngừa bị đau.
- dùng paracetamol để giảm sự khó chịu.

Những tác dụng phụ ít thấy

Trong khoảng từ 5 đến 26 ngày sau khi chích ngừa, có thể xuất hiện từ 2 đến 5 nốt giống như thủy đậu, thường là ở chỗ chích ngừa, đôi khi ở các phần khác trên cơ thể và kéo dài chưa đến một tuần.

Nếu điều này xảy ra, người bệnh cần tránh tiếp xúc trực tiếp với những người có khả năng miễn dịch thấp cho đến khi các nốt đó đã khô.

Những tác dụng phụ vô cùng hiếm

- Có phản ứng dị ứng nghiêm trọng

Trong trường hợp có phản ứng dị ứng nghiêm trọng, cần phải được chăm sóc y tế ngay. Nếu có phản ứng nghiêm trọng hoặc kéo dài, hoặc nếu quý vị lo lắng, hãy liên lạc với bác sĩ hoặc bệnh viện.

Danh sách kiểm tra trước khi chủng ngừa

Trước khi con quý vị được chủng ngừa, hãy cho bác sĩ hoặc y tá biết nếu có bất cứ điều nào dưới đây.

- Trong một tháng vừa qua đã được chủng ngừa vắc-xin có chứa vi-rút sống (như MMR, thủy đậu hoặc BCG)
- Không khỏe vào ngày chủng ngừa (nhiệt độ cơ thể trên 38,5˚C)
- Có bất cứ dị ứng nghiêm trọng nào
- Đã từng có phản ứng nghiêm trọng với bất kỳ loại vắc-xin nào
- Bị bệnh hoặc đang được điều trị khiến cho khả năng miễn dịch bị thấp (ví dụ: bệnh HIV/AIDS, ung thư máu, ung thư, xạ trị hoặc hóa trị)
- Đang sử dụng bất kỳ loại steroid nào, trừ thuốc xịt hen xuyễn hoặc kem bôi steroid (ví dụ: cortisone hoặc prednisone)
- Đang mang thai.
- Đã được chích glô-bu-lin miễn dịch hoặc truyền máu trong vòng 3 tháng qua hoặc chích glô-bu-lin miễn dịch tĩnh mạch trong vòng 9 tháng qua.

Sau khi chủng ngừa, hãy lưu lại tại địa điểm chủng ngừa ít nhất 15 phút.

Để biết thêm thông tin

www.betterhealth.vic.gov.au

immunehero.health.vic.gov.au

Điền mẫu chấp thuận như thế nào

Hãy đọc thông tin này.
Điền vào mẫu chấp thuận kể cả khi không chủng ngừa.
Gửi lại mẫu chấp thuận cho nhà trường.

Đối với tất cả trẻ em

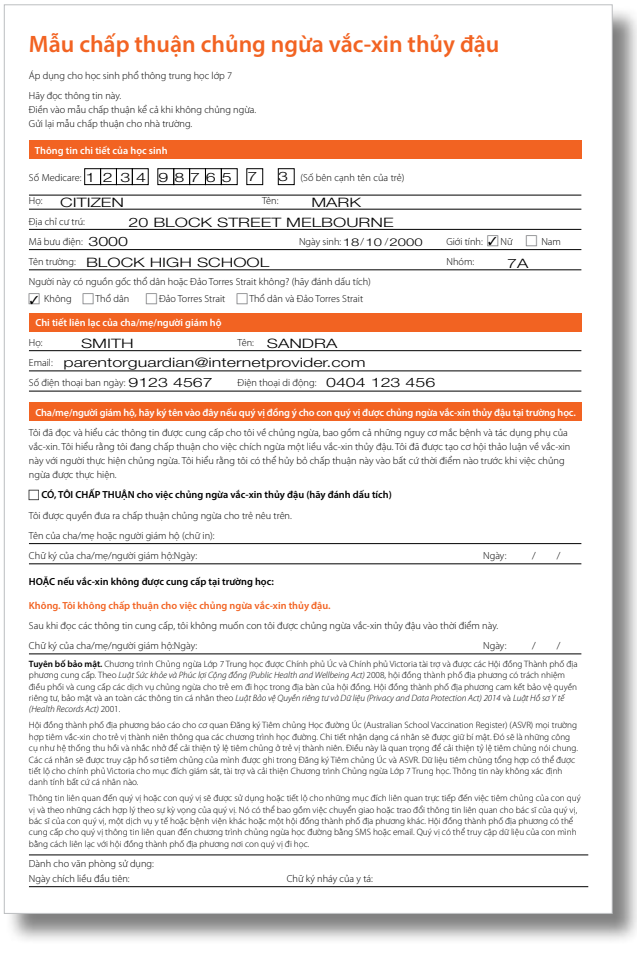
Vui lòng điền chi tiết của trẻ.

Sau đó

Hoàn thành phần này nếu quý vị muốn con quý vị được chủng ngừa.

Hoặc

Hoàn thành phần này nếu quý vị không muốn con quý vị được chủng ngừa.



Mẫu chấp thuận chủng ngừa vắc-xin thủy đậu

Áp dụng cho học sinh phổ thông trung học lớp 7

Hãy đọc thông tin này.
Điền vào mẫu chấp thuận kể cả khi không chủng ngừa.
Gửi lại mẫu chấp thuận cho nhà trường.

Thông tin chi tiết của học sinh

Số Medicare: 1 2 3 4 9 8 7 6 5 7 3 (Số bên cạnh tên của trẻ)

Họ: CITIZEN Tên: MARK

Địa chỉ cư trú: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

Mã bưu điện: 3000 Ngày sinh: 18/10/2000 Giới tính: ☑ Nữ ☐ Nam

Tên trường: BLOCK HIGH SCHOOL Nhóm: 7A

Người này có nguồn gốc thổ dân hoặc Đảo Torres Strait không? (hãy đánh dấu tích)

☑ Không ☐ Thổ dân ☐ Đảo Torres Strait ☐ Thổ dân và Đảo Torres Strait

Chi tiết liên lạc của cha/mẹ/người giám hộ

Họ: SMITH Tên: SANDRA

Email: parentorguardian@internetprovider.com

Số điện thoại ban ngày: 9123 4567 Điện thoại di động: 0404 123 456

Cha/mẹ/người giám hộ, hãy ký tên vào đây nếu quý vị đồng ý cho con quý vị được chủng ngừa vắc-xin thủy đậu tại trường học.

Tôi đã đọc và hiểu các thông tin được cung cấp cho tôi về chủng ngừa, bao gồm cả những nguy cơ mắc bệnh và tác dụng phụ của vắc-xin. Tôi hiểu rằng tôi đang chấp thuận cho việc chích ngừa một liều vắc-xin thủy đậu. Tôi đã được tạo cơ hội thảo luận về vắc-xin này với người thực hiện chủng ngừa. Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ chấp thuận này vào bất cứ thời điểm nào trước khi việc chủng ngừa được thực hiện.

☐ **CÓ, TÔI CHẤP THUẬN cho việc chủng ngừa vắc-xin thủy đậu (hãy đánh dấu tích)**

Tôi được quyền đưa ra chấp thuận chủng ngừa cho trẻ nêu trên.

Tên của cha/mẹ hoặc người giám hộ (chữ in):

Chữ ký của cha/mẹ/người giám hộ:Ngày: Ngày: / /

HOẶC nếu vắc-xin không được cung cấp tại trường học:

Không. Tôi không chấp thuận cho việc chủng ngừa vắc-xin thủy đậu.

Sau khi đọc các thông tin cung cấp, tôi không muốn con tôi được chủng ngừa vắc-xin thủy đậu vào thời điểm này.

Chữ ký của cha/mẹ/người giám hộ:Ngày: Ngày: / /

Tuyên bố bảo mật. Chương trình Chủng ngừa Lớp 7 Trung học được Chính phủ Úc và Chính phủ Victoria tài trợ và được các Hội đồng Thành phố địa phương cung cấp. Theo *Luật Sức khỏe và Phúc lợi Cộng đồng (Public Health and Wellbeing Act)* 2008, hội đồng thành phố địa phương có trách nhiệm điều phối và cung cấp các dịch vụ chủng ngừa cho trẻ em đi học trong địa bàn của hội đồng. Hội đồng thành phố địa phương cam kết bảo vệ quyền riêng tư, bảo mật và an toàn các thông tin cá nhân theo *Luật Bảo vệ Quyền riêng tư và Dữ liệu (Privacy and Data Protection Act) 2014* và *Luật Hồ sơ Y tế (Health Records Act)* 2001.

Hội đồng thành phố địa phương báo cáo cho cơ quan Đăng ký Tiêm chủng Học đường Úc (Australian School Vaccination Register) (ASVR) mọi trường hợp tiêm vắc-xin cho trẻ vị thành niên thông qua các chương trình học đường. Chi tiết nhận dạng cá nhân sẽ được giữ bí mật. Đó sẽ là những công cụ như thông tin liên hệ và nhắc nhở để cải thiện tỷ lệ tiêm chủng ở trẻ vị thành niên. Điều này là quan trọng để cải thiện tỷ lệ tiêm chủng nói chung. Các cá nhân sẽ được truy cập hồ sơ tiêm chủng của mình được ghi trong Đăng ký Tiêm chủng Úc và ASVR. Dữ liệu tiêm chủng tổng hợp có thể được tiết lộ cho chính phủ Victoria cho mục đích giám sát, tài trợ và cải thiện Chương trình Chủng ngừa Lớp 7 Trung học. Thông tin này không xác định danh tính bất cứ cá nhân nào.

Thông tin liên quan đến quý vị hoặc con quý vị sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ cho những mục đích liên quan trực tiếp đến việc tiêm chủng của con quý vị và theo những cách hợp lý theo sự kỳ vọng của quý vị. Nó có thể bao gồm việc chuyển giao hoặc trao đổi thông tin liên quan cho bác sĩ của quý vị, bác sĩ của con quý vị, một dịch vụ y tế hoặc bệnh viện khác hoặc một hội đồng thành phố địa phương khác. Hội đồng thành phố địa phương có thể cung cấp cho quý vị thông tin liên quan đến chương trình chủng ngừa học đường bằng SMS hoặc email. Quý vị có thể truy cập dữ liệu của con mình bằng cách liên lạc với hội đồng thành phố địa phương nơi con quý vị đi học.

Dành cho văn phòng sử dụng:

Ngày chích liều đầu tiên: Chữ ký nháy của y tá:

Để nhận tài liệu này ở định dạng đọc được, hãy gửi email tới: immunisation@health.vic.gov.au

Được phép và xuất bản bởi Chính phủ Tiểu bang Victoria, 1 Treasury Place, Melbourne. © Bộ Y tế, Tháng 7 năm 2016 (1607016)

Mẫu chấp thuận chủng ngừa vắc-xin thủy đậu

Áp dụng cho học sinh phổ thông trung học lớp 7

Hãy đọc thông tin này.
Điền vào mẫu chấp thuận kể cả khi không chủng ngừa.
Gửi lại mẫu chấp thuận cho nhà trường.

Thông tin chi tiết của học sinh

Số Medicare: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐ ☐ (Số bên cạnh tên của trẻ)

Họ: Tên:

Địa chỉ cư trú:

Mã bưu điện: Ngày sinh: / / Giới tính: ☐ Nữ ☐ Nam

Tên trường: Nhóm:

Người này có nguồn gốc thổ dân hoặc Đảo Torres Strait không? (hãy đánh dấu tích)

☐ Không ☐ Thổ dân ☐ Đảo Torres Strait ☐ Thổ dân và Đảo Torres Strait

Chi tiết liên lạc của cha/mẹ/người giám hộ

Họ: Tên:

Email:

Số điện thoại ban ngày: Điện thoại di động:

Cha/mẹ/người giám hộ, hãy ký tên vào đây nếu quý vị đồng ý cho con quý vị được chủng ngừa vắc-xin thủy đậu tại trường học.

Tôi đã đọc và hiểu các thông tin được cung cấp cho tôi về chủng ngừa, bao gồm cả những nguy cơ mắc bệnh và tác dụng phụ của vắc-xin. Tôi hiểu rằng tôi đang chấp thuận cho việc chích ngừa một liều vắc-xin thủy đậu. Tôi đã được tạo cơ hội thảo luận về vắc-xin này với người thực hiện chủng ngừa. Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ chấp thuận này vào bất cứ thời điểm nào trước khi việc chủng ngừa được thực hiện.

☐ **CÓ, TÔI CHẤP THUẬN cho việc chủng ngừa vắc-xin thủy đậu (hãy đánh dấu tích)**

Tôi được quyền đưa ra chấp thuận chủng ngừa cho trẻ nêu trên.

Tên của cha/mẹ hoặc người giám hộ (chữ in):

Chữ ký của cha/mẹ/người giám hộ:Ngày: Ngày: / /

HOẶC nếu vắc-xin không được cung cấp tại trường học:

Không. Tôi không chấp thuận cho việc chủng ngừa vắc-xin thủy đậu.

Sau khi đọc các thông tin cung cấp, tôi không muốn con tôi được chủng ngừa vắc-xin thủy đậu vào thời điểm này.

Chữ ký của cha/mẹ/người giám hộ:Ngày: Ngày: / /

Tuyên bố bảo mật. Chương trình Chủng ngừa Lớp 7 Trung học được Chính phủ Úc và Chính phủ Victoria tài trợ và được các Hội đồng Thành phố địa phương cung cấp. Theo *Luật Sức khỏe và Phúc lợi Cộng đồng (Public Health and Wellbeing Act)* 2008, hội đồng thành phố địa phương có trách nhiệm điều phối và cung cấp các dịch vụ chủng ngừa cho trẻ em đi học trong địa bàn của hội đồng. Hội đồng thành phố địa phương cam kết bảo vệ quyền riêng tư, bảo mật và an toàn các thông tin cá nhân theo *Luật Bảo vệ Quyền riêng tư và Dữ liệu (Privacy and Data Protection Act) 2014* và *Luật Hồ sơ Y tế (Health Records Act)* 2001.

Hội đồng thành phố địa phương báo cáo cho cơ quan Đăng ký Tiêm chủng Học đường Úc (Australian School Vaccination Register) (ASVR) mọi trường hợp tiêm vắc-xin cho trẻ vị thành niên thông qua các chương trình học đường. Chi tiết nhận dạng cá nhân sẽ được giữ bí mật. Đó sẽ là những công cụ như hệ thống thu hồi và nhắc nhở để cải thiện tỷ lệ tiêm chủng ở trẻ vị thành niên. Điều này là quan trọng để cải thiện tỷ lệ tiêm chủng nói chung. Các cá nhân sẽ được truy cập hồ sơ tiêm chủng của mình được ghi trong Đăng ký Tiêm chủng Úc và ASVR. Dữ liệu tiêm chủng tổng hợp có thể được tiết lộ cho chính phủ Victoria cho mục đích giám sát, tài trợ và cải thiện Chương trình Chủng ngừa Lớp 7 Trung học. Thông tin này không xác định danh tính bất cứ cá nhân nào.

Thông tin liên quan đến quý vị hoặc con quý vị sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ cho những mục đích liên quan trực tiếp đến việc tiêm chủng của con quý vị và theo những cách hợp lý theo sự kỳ vọng của quý vị. Nó có thể bao gồm việc chuyển giao hoặc trao đổi thông tin liên quan cho bác sĩ của quý vị, bác sĩ của con quý vị, một dịch vụ y tế hoặc bệnh viện khác hoặc một hội đồng thành phố địa phương khác. Hội đồng thành phố địa phương có thể cung cấp cho quý vị thông tin liên quan đến chương trình chủng ngừa học đường bằng SMS hoặc email. Quý vị có thể truy cập dữ liệu của con mình bằng cách liên lạc với hội đồng thành phố địa phương nơi con quý vị đi học.

Dành cho văn phòng sử dụng:

Ngày chích liều đầu tiên: Chữ ký nháy của y tá:

Chickenpox (Varicella) 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.

- **Does your child need the chickenpox vaccine?** See below for more information.
- 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.

Does your child need the chickenpox vaccine?

My child has had chickenpox infection, what should I do?

If you are sure that your child has had chickenpox infection, then the vaccine is not needed. However the vaccine can be safely given to children who have had chickenpox infection.

I am not sure my child has had chickenpox infection, what should I do?

Your child should be vaccinated.

My child has had one chickenpox vaccine, should a second vaccine be given now?

Yes, two doses of chickenpox vaccine provide increased protection and reduce the risk of chickenpox occurring at a later time.

My child has had one chickenpox vaccine and chickenpox infection, what should I do?

If you are sure that your child has had chickenpox infection, then the vaccine is not needed. However the vaccine can be safely given to children who have had chickenpox infection.

Chickenpox disease

Chickenpox is a highly contagious infection caused by the varicella zoster virus. Chickenpox is spread through coughs and sneezes and through direct contact with the fluid in the blisters of the rash.

It is usually a mild disease of short duration in healthy children; sometimes chickenpox will develop into a more severe illness such as bacterial skin infections resulting in scarring, pneumonia or inflammation of the brain. Adults who contract chickenpox generally experience more severe symptoms. Chickenpox may also be a risk to an unborn baby if contracted during pregnancy. Chickenpox can cause serious illness and even death in all ages.

The incubation period for chickenpox is 10 to 21 days, followed by the appearance of a rash of red spots initially, then becoming blisters within hours. The spots usually appear on the trunk, face and other parts of the body. Most people infected with chickenpox have a fever and feel unwell and may experience severe itching.

Anyone who has never had chickenpox before can catch it. Prior to the vaccine program, about 75 per cent of people caught chickenpox before 12 years of age.

Translating and interpreting service
Call 131 450

Interpreter

IMMUNISE AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory Governments initiative

Chickenpox vaccine

The chickenpox vaccine contains modified live virus at a reduced strength and a small amount of the antibiotic, neomycin.

Possible side effects of chickenpox vaccine

Common side effects

- Fever
- Pain, redness and swelling at the injection site
- A temporary small lump at the injection site
- Fainting may occur up to 30 minutes after any vaccination.

If mild reactions occur, the 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

About two to five chickenpox-like spots may occur usually at the injection site and sometimes on other parts of the body between five and 26 days after vaccination and last for less than one week.

If this occurs the person should avoid direct contact with people with low immunity until the spots dry out.

Extremely rare side effect

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

- Has had a vaccine containing live viruses within the last month (such as MMR, chickenpox or BCG)
- Is unwell on the day of immunisation (temperature over 38.5°C)
- Has any severe allergies
- Has had a severe reaction following any vaccine
- Has a disease or is having treatment which causes low immunity (for example HIV/AIDS, leukaemia, cancer, radiotherapy or chemotherapy)
- Is taking steroids of any sort other than inhaled asthma sprays or steroid creams (for example cortisone or prednisone)
- Is pregnant
- Has received immunoglobulin or a blood transfusion in the last three months or intravenous immunoglobulin in the last nine months.

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

Further information

www.betterhealth.vic.gov.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

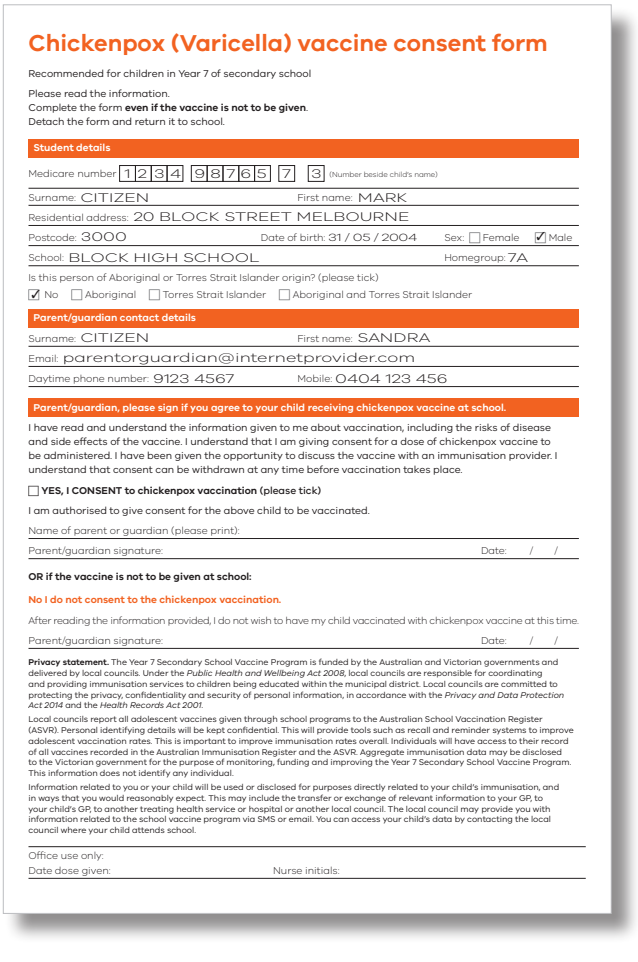
Please complete with the details of the child.

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.



Chickenpox (Varicella) 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, please sign if you agree to your child receiving chickenpox vaccine 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 a dose of chickenpox vaccine to be administered. 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.

☐ **YES, I CONSENT to chickenpox vaccination** (please tick)

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

Name of parent or guardian (please print):

Parent/guardian signature: Date: / /

OR if the vaccine is not to be given at school:

No I do not consent to the chickenpox vaccination.

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with chickenpox vaccine at this time.

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:

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)

Chickenpox (Varicella) 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, please sign if you agree to your child receiving chickenpox vaccine 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 a dose of chickenpox vaccine to be administered. 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.

☐ **YES, I CONSENT to chickenpox vaccination** (please tick)

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

Name of parent or guardian (please print):

Parent/guardian signature: Date: / /

OR if the vaccine is not to be given at school:

No I do not consent to the chickenpox vaccination.

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with chickenpox vaccine at this time.

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: