

ဟူးမင်း ပါပီလိုမာဗိုင်းရပ်စ် ခေါ် သားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာ (HPV) ကာကွယ်ဆေး

အထက်တန်းကျောင်း 7 တန်း ကလေးများ အတွက် တိုက်တွန်းထားသည်

ကျေးဇူးပြု၍ သတင်းအချက်အလက်ကို ဖတ်ရှုပါ။
ကာကွယ်ဆေး မထိုးသည့်တိုင်အောင် ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။
ပုံစံကို ဖြတ်ထုတ်၍ ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ပေးပါ။

- ဤကာကွယ်ဆေးထိုးအစီအစဉ်အတွက် ဒေသဆိုင်ရာကောင်စီသည် သင့် ကျောင်းသို့ မကြာမီလာရောက်ပါလိမ့်မည်။
- အခမဲ့ ကာကွယ်ဆေးများကို ဤနှစ်တွင် ကျောင်း၊ ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီ ကာကွယ်ဆေးထိုး ဝန်ဆောင်မှု တို့တွင်ရရှိနိုင်ပါသည်။
- သင့်ကလေးကို ကာကွယ်ဆေး မထိုးမီ ဆေးမထိုးစိစစ်ဆေးရမည့်စာရင်းကို ဖတ်ရှုပြီး ကျန်းမာရေး စိုးရိမ်ချက်တစ်ခုခု နှင့်ပတ်သက်၍ သင့် ဆေးထိုးပေးသူနှင့် ဆွေးနွေးပါ။
- သင့်ကလေးသည် တစ်နေ့တည်းတွင် ရောဂါအမျိုးမျိုးအတွက် ကာကွယ်ဆေး တစ်မျိုးထက်ပို၍ ထိုးရကောင်း ထိုးရနိုင်သည်။ ၎င်းကြောင့် သင့်ကလေးအား ဆေးဓာတ်မတည့်မှု ရရှိမည့်အခွင့်အလမ်းကို တိုးမြှင့်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။
- ၎င်းသည် ပိုမိုကောင်းမွန်သည့် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးအပ်ရာတွင် အထောက်အကူပြုသဖြင့် သင့် ကလေး ဆေးမထိုးသည့် တိုင်အောင်ပင် သဘောတူညီချက် ပေးသည့်ပုံစံကို ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ပေးရမည်။

ဟူးမင်း ပါပီလိုမာဗိုင်းရပ်စ် ဆိုသည်မှာဘာလဲ။

HPV သည် အမျိုးသားနှင့်အမျိုးသမီးများတွင် အလွန်ရှိလေ့ရှိသည့် ဗိုင်းရပ်စ် တစ်မျိုးဖြစ်ပါသည်။ လိင်ဆိုင်ရာ ဆက်ဆံပြီးမကြာမီ HPV ၏ တစ်ခု သို့မဟုတ် ထိုထက်ပိုမိုသော အမျိုးအစားများနှင့် ကူးစက်ခံရမည်မှာ အလွန်အဖြစ်များပါသည်။ HPV ကူးစက်မှု အများစုသည် လက္ခဏာများ မပြသဘဲ ၊ တစ်နှစ်မပြည့်မီ ခန္ဓာကိုယ်မှ မိမိတို့ကူးစက်ခံနေပြီဟု မသိလိုက်ရဘဲ ရှင်းလင်းသွားပါသည်။ HPV ၏အချို့ အမျိုးအစားများသည် လိင်အင်္ဂါ ကြွက်နီများနှင့်အချို့သောကင်ဆာများကို ဖြစ်ပွားစေနိုင်သည်။ ဤကင်ဆာများတွင် အမျိုးသမီးများ၌ သားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာ၊ အမျိုးသားများနှင့်အမျိုးသမီးများ၌ လိင်အင်္ဂါကင်ဆာများနှင့် အချို့သော ပါးစပ်နှင့်လည်ချောင်းကင်ဆာများ ပါဝင်ကြပါသည်။

HPV ကာကွယ်ဆေးကို ထိုးထားခြင်း၏ အကျိုးကျေးဇူးများမှာ ဘာလဲ။

HPV vaccine GARDASIL® သည် အမျိုးသမီးများ၌ 70% သားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာနှင့် အမျိုးသားများ၌ 90% HPV ဆက်နွယ်သည့် ကင်ဆာများ ဖြစ်ပွားစေသည့် HPV အမျိုးအစား 2 ခု အတွက် အကာအကွယ်ပေးသည်။ ၎င်းသည် 90 ရာခိုင်နှုန်းသော လိင်အင်္ဂါကြွက်နီကို ဖြစ်စေသော HPV အမျိုးအစား 2 မျိုးကိုလည်း အကာအကွယ် ပေးသည်။

လိင်ဆိုင်ရာဆက်ဆံရေးမနီးကြားမီ ကာကွယ်ဆေးကို ထိုးထားပါက သူတို့အား အကောင်းဆုံး ကာကွယ်မှုကို ပေးအပ်ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေးသည် ရောဂါကိုကြိုတင် ကာကွယ်သော်လည်း ရှိရင်းစွဲ HPV ကူးစက်မှုများကို ကုသမပေးပါ။

ကာကွယ်ဆေးကို မည်သို့ထိုးပေးသနည်း။

HPV ကာကွယ်ဆေး 3 ချောင်းကို 6 လ ကာလအတွင်း အပေါ်လက်မောင်း တွင်ထိုးပေးပါသည်။

ကာကွယ်ဆေး အကာအကွယ်မှာ မည်မျှကာလအထိအောင် ကြာရှည်ခံပါသနည်း။

လတ်တလော လေ့လာမှုများက ပြဆိုသည်မှာ HPV အပေါ် တစ်ဆက်တည်း ကောင်းမွန်သော အကာအကွယ်ကို ရပါသည်။ အကယ်၍ အနာဂတ်တွင် အာနိသင်တိုးမြှင့် ကာကွယ်ဆေး လိုအပ်မည် မလိုအပ်မည်ကို ဆုံးဖြတ်ရန် လေ့လာမှုများက ဆက်လက်ဆောင်ရွက်ဆဲ ဖြစ်ပါသည်။

HPV ကာကွယ်ဆေးသည် မည်မျှလုံခြုံပါသနည်း။

၎င်းသည်လုံခြုံပြီး ကောင်းမွန်စွာ ခံနိုင်ရည်ရှိပါသည်။ တစ်ကမ္ဘာလုံးတွင် ဆေးအချောင်း သန်းပေါင်းများစွာ ထိုးပေးလျက်ရှိပါသည်။ ကာကွယ်ဆေးတွင် HPV ဝိုးမပါဝင်ပါ။ သို့သော်လည်း ဗိုင်းရပ်စ်ဝိုးနှင့် အလားတူဖြစ်ပြီး ကိုယ်ခန္ဓာက တန်ပြန်စွမ်းအားထုတ်ပေး၍ ၎င်းသည် HPV ကူးစက်မှုကို ကြိုတင်တားဆီးပါသည်။

မိန်းကလေးများသည် ဘဝ နောက်ပိုင်းကာလ၌ သားအိမ်ခေါင်းဆိုင်ရာ စစ်ဆေးမှုကို လိုအပ်ပါသလား။

လိုအပ်ပါသည်။ အဘယ်ကြောင့်ဆိုသော် သားအိမ်ခေါင်းကာဆာဖြစ်ပွားစေသည့် HPV ကူးစက်မှု အမျိုးအစားအားလုံးကို ကာကွယ်ဆေးက မတားဆီးပါ။ အမျိုးသမီးများ၏ဘဝနောက်ပိုင်းတွင် သားအိမ်ခေါင်းဆိုင်ရာ စစ်ဆေးမှုများသည် လိုအပ်နေသေးပါသည်။ စစ်ဆေးမှုများကို အမျိုးသမီးတိုင်း အတွက် 2 နှစ် ပြည့်တိုင်း ၊ အသက် 18 နှစ်မှစတင်၍ သို့မဟုတ် ပထမဦးဆုံးလိင် ဆက်ဆံမှု

ဘာသာပြန်နှင့် စကားပြန်
ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်း
131 450 ကိုခေါ်ပါ။



IMUNISE
ဗဟိုအထူးပြုလုပ်မှု
ဆက်သွယ်ရန် ဖုန်း ၁၃၁ ၄၅၀
သို့မဟုတ် အီးမေးလ် ၁၃၁၄၅၀

ပြပြီးနောက် 2 နှစ်မှစတင်၍ မည်သည့်က နောက်ဖြစ်သည့်ကိစ္စမှစတင်၍ စစ်ဆေးရန် တိုက်တွန်းပါသည်။ သားအိမ်ခေါင်းဆိုင်ရာ စစ်ဆေးမှုများကို ပုံမှန်ဆောင်ရွက်ခြင်းသည် သားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာ ဖြစ်ပွားလာမည့် အန္တရာယ် အလားအလာကို ထပ်ဆင့်၍ကျဆင်းစေပါသည်။

ဖြစ်နိုင်သော ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများမှာ ဘာလဲ။

အခြေများသည့် ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများ

- အပ်ထိုးရာနေရာတွင် နာခြင်း ၊ နီခြင်းနှင့် ရောင်ခြင်း
- အပ်ထိုးနေရာတွင် သေးငယ်သော ယာယီအဖုဖောင်းရှိခြင်း
- အနည်းငယ်သော ကိုယ်ပူအဖျား
- နေထိုင်မကောင်း ခံစားနေမည်
- ခေါင်းကိုက်ခြင်း
- ကာကွယ်ဆေး တစ်ခုခု ထိုးပြီးနောက် မိနစ် 30 အထိတွင် မူးလဲကျခြင်း ဖြစ်ကောင်း ဖြစ်နိုင်သည်။

အကယ်၍ ဓာတ်မတည့်မှု အပျော့စားဖြစ်ပွားလျှင် ၊ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများကို အောက်ပါတို့ပြုလုပ်ခြင်းဖြင့် လျော့နည်းစေနိုင်သည်-

- အရည်များ ပိုမိုသောက်ခြင်းနှင့် အကယ်၍ ၎င်းလူတွင် ကိုယ်ပူအဖျားရှိက အဝတ်ထူထူ မဝတ်ရန်ဖြစ်သည်။
- နာကျင်သည့် အပ်ထိုးရာပေါ်တွင် အေး၍စိစွတ်သော အဝတ်ကိုဖုံးပိစေခြင်း
- မအီမသာဖြစ်ခြင်းကို လျော့နည်းစေရန် ပါရာစီတာမော ကိုသောက်ခြင်း

အခြေမများသည့် ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများ

- အဖု သို့မဟုတ် ယားအင်ပျဉ်

ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် အဖု သို့မဟုတ် ယားအင်ပျဉ်ဖြစ်လျှင် နောက်ဆက်တွဲ အလားတူ ကာကွယ်ဆေးကို မထိုးမီ မိမိတို့၏ကာကွယ်ဆေး ထိုးပေးသူအား ပြောဆိုရန်ပုံမည်ဖြစ်သည်။

ရှားရှားပါးပါး ဘေးထွက်ဆိုးကျိုး

- ပြင်းထန်လွန်သည့် ဓာတ်မတည့်မှု ၊ ဥပမာ — မျက်နှာရောင်ခြင်း ၊ အသက်ရှူ အခက်အခဲဖြစ်ခြင်း

ပြင်းထန်သည့် ဓာတ်မတည့်မှု တုံ့ပြန်ချက် ဖြစ်ပွားသည့်ကိစ္စတစ်ခုတွင် ချက်ချင်း ဆေးဝါးကုသပေးပါလိမ့်မည်။ အကယ်၍ ဓာတ်မတည့်ခြင်းသည် ဆိုးဝါးလျှင် သို့မဟုတ် နာတာရှည်နေလျှင် ၊ သို့မဟုတ် သင် စိုးရိမ်နေလျှင် သင့်ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးရုံကိုဆက်သွယ်ပါ။

ကာကွယ်ဆေးမထိုးမီ စစ်ဆေးရမည့်စာရင်း

အကယ်၍ အောက်ပါ တစ်ခုခုနှင့် သက်ဆိုင်လျှင် သင့်ကလေး

ကာကွယ်ဆေးမထိုးမီ ဆရာဝန် သို့မဟုတ် သူနာပြုကို ပြောပြပါ-

- ကာကွယ်ဆေး ထိုးမည့်နေ့တွင် နေထိုင်မကောင်းခြင်း (ကိုယ်အပူချိန် 38.5°C ကျော်၍)
- ကာကွယ်ထိုးဆေး တစ်ခုခုနှင့် လွန်ကဲသော ဓာတ်မတည့်မှု ရှိခဲ့ခြင်း
- တဆေးနှင့် အယ်နာဖိုင်လက်တစ် ဓာတ်မတည့်မှု ကဲ့သို့သော ပြင်းထန်သည့် ဓာတ်မတည့်မှု တစ်ခုခု ရှိသည်
- ကိုယ်ဝန် ရှိနေခြင်း

ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် ဆေးခန်းတွင် 15 မိနစ် စောင့်ဆိုင်းပေးပါ။

ထပ်ဆင့် အချက်အလက်များ

www.betterhealth.vic.gov.au

www.hpvvaccine.org.au

www.cancerscreening.gov.au

www.hpvregister.org.au

immunehero.health.vic.gov.au

ပုံစံကို မည်သို့ဖြည့်စွက်ရမည်

ကျေးဇူးပြု၍ သတင်းအချက်အလက်ကို ဖတ်ရှုပါ။

ကာကွယ်ဆေး မထိုးသည့်တိုင်အောင် ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

ပုံစံကို ဖြတ်ထုတ်၍ ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ပေးပါ။

ကလေးများ အားလုံးအတွက်

ကလေး၏ အသေးစိတ် အချက်အလက်များကို ကျေးဇူးပြု၍ဖြည့်စွက်ပါ။

ထို့နောက်

အကယ်၍သင်သည်သင့်ကလေးအား ကာကွယ်ဆေး ထိုးချင်လျှင် ဤအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပါ။

သို့မဟုတ်

အကယ်၍သင်သည်သင့်ကလေးအား ကာကွယ်ဆေး ထိုးမပေးချင်လျှင် ဤအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပါ။

ဤစာရွက်စာတမ်းကို မျက်စိမှန်သူလွယ်ကူသောပုံစံ ဖြင့်ရယူရန်အတွက် အီးမေးလ်- immunisation@health.vic.gov.au သို့ပို့ပါ။

အမှတ် 1 Treasury Place, Melbourne တွင်တည်ရှိသည့် ဗစ်တိုးရီးယားပြည်နယ်အစိုးရမှ ခွင့်ပြုပြီးထုတ်ဝေသည်။ © Department of Health, ဇူလိုင် 2016 (1607016)

ဟူးမင်း ပါဗီလိုမာဒိုင်းရပ်စ် ခေါ် သားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာ (HPV) ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် သဘောတူညီချက် ပေးသည့်ပုံစံ

အသက်တန်ဖက်တွင် 7 တန်း ကလေးများ အတွက် ဖိတ်ခေါ်ခံယူထားသည့်

ဓာတ်မတည့်မှု သတိပေးချက်အောက်တွင် ဖတ်ရှုပါ။

ကာကွယ်ဆေး မထိုးသည့်တိုင်အောင် ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

ပုံစံကို ဖြတ်ထုတ်၍ ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ပေးပါ။

ကလေး၏အသေးစိတ်အချက်အလက်များ	
မိခင်၏ နာမည်- 11234 56789 0 1 2 (ကလေး၏နာမည် နာမည်နှင့် မှည့်ပါ)	
ဧည့်သည်အသွယ်- CITIZEN	ယထာအသွယ်- MARK
အိမ်လိပ်စာ- 20 BLOCK STREET MELBOURNE	
ဓာတ်နံနံနံအသွယ်- 3000	ဧည့်သည်အသွယ်- 18 / 10 / 2000 ဂီတ- <input type="checkbox"/> မ <input checked="" type="checkbox"/> ကုမ္ပဏီ
ဧည့်သည်- BLOCK HIGH SCHOOL ဓာတ်အသေးစိတ်အသွယ်- 7A	
ဤကလေးသည် ဓာတ်မတည့်မှုနှင့် ချိတ်ဆက် မသက်ဆိုင်သောချိန်တွင် ဓာတ်မတည့်မှု ဖြစ်ပါသောက (ဓာတ်မတည့်မှု ဖြစ်ပါက)	
<input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ။ <input type="checkbox"/> ဓာတ်မတည့်မှုနှင့် <input type="checkbox"/> ဓာတ်မတည့်မှုမရှိသောက <input type="checkbox"/> ဓာတ်မတည့်မှုနှင့် ချိတ်ဆက် မသက်ဆိုင်သောချိန်တွင်	

မိခင် သို့မဟုတ် ချုပ်ကိုင်သူ၏အသေးစိတ်အချက်အလက်များ	
ဧည့်သည်အသွယ်- CITIZEN	ယထာအသွယ်- SUSAN
အီးမေးလ် - parentorguardian@internetprovider.com	
ဧည့်သည် ဖုန်းနံပါတ်- 9123 4567	မိမိ၏ ဖုန်းနံပါတ်- 0404 123 456

မိသားစုဝင်များ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ	
မိသားစုဝင်များ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ ဖြည့်စွက်ပါ။ (HPV) ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် ဓာတ်မတည့်မှု ဖြစ်ပါက	
မိသားစုဝင်များ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ ဖြည့်စွက်ပါ။ (HPV) ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် ဓာတ်မတည့်မှု ဖြစ်ပါက	

မိသားစုဝင်များ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ	
မိသားစုဝင်များ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ ဖြည့်စွက်ပါ။ (HPV) ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် ဓာတ်မတည့်မှု ဖြစ်ပါက	

မိသားစုဝင်များ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ	
မိသားစုဝင်များ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ ဖြည့်စွက်ပါ။ (HPV) ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် ဓာတ်မတည့်မှု ဖြစ်ပါက	

မိသားစုဝင်များ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ	
မိသားစုဝင်များ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ ဖြည့်စွက်ပါ။ (HPV) ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် ဓာတ်မတည့်မှု ဖြစ်ပါက	

မိသားစုဝင်များ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ	
မိသားစုဝင်များ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ ဖြည့်စွက်ပါ။ (HPV) ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် ဓာတ်မတည့်မှု ဖြစ်ပါက	

ဟူးမင်း ပါဗီလိုမာဗိုင်းရပ်စ် ခေါ် သားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာ (HPV) ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် သဘောတူညီချက် ပေးသည့်ပုံစံ

အထက်တန်းကျောင်း 7 တန်း ကလေးများ အတွက် တိုက်တွန်းထားသည်

ကျေးဇူးပြု၍ သတင်းအချက်အလက်ကို ဖတ်ရှုပါ။

ကာကွယ်ဆေး မထိုးသည့်တိုင်အောင် ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

ပုံစံကို ဖြတ်ထုတ်၍ ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ပေးပါ။

ကျောင်းသားကျောင်းသူ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ

မက်ဒီကန် နံပါတ်- (ကလေး၏နံပါတ် နဘေးတွင် နံပါတ်)

နောက်ဆုံးအမည်- ပထမအမည်-

အိမ်လိပ်စာ-

စာတိုက်နယ်အမှတ်- မွေးသက္ကရာဇ်- / / လိင်- ☐ မ ☐ ကျား

ကျောင်း- ကျောင်းအသင်းအုပ်စုအမည်-

ဤလူသည် အဘိုးရင်းဂျင်နယ် သို့မဟုတ် တော်ရက်စ်စထရိုက်ကျွန်းသား နောက်ခံမှလွှဲ၍ ဖြစ်ပါသလား။ (ကျေးဇူးပြု၍ အမှန်ခြစ်ပါ)

☐ မဟုတ်ပါ။ ☐ အဘိုးရင်းဂျင်နယ် ☐ တော်ရက်စ်စထရိုက်ကျွန်းသား ☐ အဘိုးရင်းဂျင်နယ် နှင့် တော်ရက်စ်စထရိုက်ကျွန်းသား

မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်စုအဖွဲ့မှ ဆက်သွယ်ရမည့်အချက်အလက်များ

နောက်ဆုံးအမည်- ပထမအမည်-

အိမ်မေးလ် -

နေအိမ်နံပါတ်- မိုဘိုင်းဖုန်း-

မိဘ/အုပ်စုအဖွဲ့မှ သင့်ကလေးအားကျောင်းတွင် ဟူးမင်း ပါဗီလိုမာဗိုင်းရပ်စ် (HPV) ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးလိုလျှင် ကျေးဇူးပြု၍ လက်မှတ်ထိုးပါ။

ရောဂါ အန္တရာယ်များနှင့် ကာကွယ်ဆေး၏ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများအပါအဝင်ဖြစ်သော ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးထားသည့်ကာကွယ်ဆေး အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ဖတ်ရှုပြီး နားလည်ပါသည်။ 4 လ မှ 6 လ အတွင်း ထိုးပေးရသည့် HPV ကာကွယ်ဆေး 3 ချောင်း အတွက် သဘောတူညီချက် ပေးနေကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။ ဆေးထိုးပေးမည့်သူနှင့် ကာကွယ်ဆေး အကြောင်း ဆွေးနွေးရန် အခွင့်အလမ်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးခဲ့ပြီးဖြစ်ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေးမထိုးမီ အချိန်မရွေး သဘောတူညီချက်ကို ပြန်လည်ရှုတ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးသူသည် ကာကွယ်ဆေးအသေးစိတ်အချက်အလက် ကိုမှတ်တမ်းတင်လိမ့်မည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့ကလေး ကာကွယ်ဆေး အချက်အလက်များကို အမျိုးသား HPV ကာကွယ်ဆေးထိုးအစီအစဉ် မှတ်ပုံတင် သို့မဟုတ် လိမ့်မည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။

☐ ထိုးပေးလိုသည်။ ဟူးမင်းပါဗီလိုမာဗိုင်းရပ်စ် (HPV) ကာကွယ်ဆေး ထိုးရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူညီချက် ပေးသည်။ (ကျေးဇူးပြု၍ အမှန်ခြစ်ပါ)

အထက်ဖော်ပြပါကလေးအား ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် သဘောတူညီချက် ပေးရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့အတွက် အခွင့်အာဏာရှိသည်။

မိဘ/အုပ်စုအဖွဲ့မှ အမည် (စာလုံးကြီးဖြင့်)-

မိဘ/အုပ်စုအဖွဲ့မှ လက်မှတ်- ရက်စွဲ - / /

မထိုးလိုပါ။ HPV ကာကွယ်ဆေးကိုထိုးရန် ကျွန်ုပ် သဘောမတူပါ။

ပေးအပ်ထားသည့်အချက်အလက်များကို ဖတ်ရှုပြီးနောက် ကျွန်ုပ်တို့ကလေး အား HPV ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် ကျွန်ုပ်တို့မလိုလားပါ။

မိဘ/အုပ်စုအဖွဲ့မှ လက်မှတ်- ရက်စွဲ - / /

ကိုယ်ရေးချီးမြှင့်မှု မှတ်တမ်း 7 တန်း အထက်တန်းကျောင်းကာကွယ်ဆေးထိုး အစီအစဉ်ကို ဩစတြေးလျနိုင်ငံနှင့် ဝစ်တိုးရီးယားပြည်နယ် အစိုးရများ၏ ရန်ပုံငွေဖြင့် မတည်ထားပြီး ဒေသဆိုင်ရာကောင်စီများက ထိုးပေးပါသည်။ အများပြည်သူ ကျန်းမာရေးနှင့် သာယာဝပြောရေး အက်ဥပဒေ 2008 ခုနှစ် (Public Health and Wellbeing Act 2008) အရ ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီများသည် ပြုန့်စပ်ပေးရန် အတွင်း၌ ယဉ်ကျေးမှုလွတ်လပ်မှုနှင့် ကလေးများအား ကာကွယ်ဆေးထိုးခန့်ခွင့်ပေးမှုကို စီမံညွှန်ကြားထိန်းချုပ်ပေးရန် တာဝန်ရှိကြသည်။ ဒေသကောင်စီများသည် အချက်အလက် သိရှိခြင်းနှင့် အချက်အလက် အကာကွယ်ပေးရေး အက်ဥပဒေ 2014 ခုနှစ် (Privacy and Data Protection Act 2014) နှင့် ကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းများ အက်ဥပဒေ 2001 ခုနှစ် (Health Records Act 2001) တို့နှင့်အညီ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို သိရှိခြင်းနှင့် လျှို့ဝှက်ထားမှုများကို လုံခြုံရေးတို့ကို အကာကွယ်ပေးထားရန် ကတိကဝတ်ပြု တာဝန်ယူထားပါသည်။

ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီများသည် ကျောင်းအစီအစဉ်များမှတစ်ဆင့် ထိုးပေးသည့် ဆယ်ကျော်သက်ရွယ် ကာကွယ်ဆေး အားလုံးကို ဩစတြေးလျနိုင်ငံ ကျောင်းကာကွယ်ဆေးထိုး မှတ်ပုံတင် [Australian School Vaccination Register (ASVR)] သို့ အကြောင်းကြားပါသည်။ အမည်ဖော်ထုတ်မည့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအသေးစိတ် အချက်အလက်များကို လျှို့ဝှက်သိမ်းဆည်းထား ပါလိမ့်မည်။ ၎င်းသည် ဆယ်ကျော်သက်ရွယ် ကာကွယ်ဆေးထိုးမှုများကို တိုးမြှင့်စေရန် ပြန်ပို့ခြင်းနှင့် သတိပေးခြင်း နှစ်ခုကိုလည်း လုပ်ဆောင်မှုများကို လုပ်ပေးပါလိမ့်မည်။ ၎င်းသည် အလုံးစုံအားဖြင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးမှုများကို တိုးမြှင့်ပေးရန် အရေးကြီးပါသည်။ တစ်ဦးချင်းပုဂ္ဂိုလ်များသည် ဩစတြေးလျနိုင်ငံ ကာကွယ်ဆေးထိုး မှတ်ပုံတင် (Australian Immunisation Register) နှင့် ASVR တို့တွင် မှတ်တမ်းတင်ထားသည့် မိမိတို့၏ ကာကွယ်ဆေး မှတ်တမ်းအားလုံးကို ကြည့်ရှုနိုင်ရပါလိမ့်မည်။ စုစုပေါင်း ကာကွယ်ဆေးထိုး အချက်အလက်ကို စောင့်ကြည့်ရှုခြင်း၊ ရန်ပုံငွေချပေးခြင်းနှင့် 7 တန်း အထက်တန်းကျောင်း ကာကွယ်ဆေးထိုးအစီအစဉ်ကို တိုးမြှင့်ပေးခြင်းဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်အတွက် ဝစ်တိုးရီးယား အစိုးရထံ ထုတ်ဖော်ကောင်း ထုတ်ဖော်ပေးနိုင်သည်။ ဤအချက်အလက်များတွင် ပါသည့် ပုဂ္ဂိုလ်ကိုမျှ မည်သူ့ဖြစ်ကြောင်း မဖော်ထုတ်ပါ။

သင် သို့မဟုတ် သင့်ကလေးနှင့်ဆက်သွယ်သည့် အချက်အလက်များကို သင့်ကလေး၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးထားရေးနှင့်တိုက်ရိုက် ဆက်သွယ်သည့် ကိစ္စများအတွက် နှင့် သင် သင့်တင့်လျောက်ပတ်စွာ မျှော်လင့်လိမ့်မည်ဖြစ်သော နည်းလမ်းများဖြင့် အသုံးပြုမည့် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်မည်ဖြစ်သည်။ ၎င်းတွင် သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို သင့် အတွေ့အကြုံရောဂါက ဆရာဝန်၊ ကုသပေးသည့် အခြား ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ သို့မဟုတ် အခြား ဒေသကောင်စီသို့ လွှဲပြောင်းခြင်း သို့မဟုတ် လဲလှယ်ခြင်း ပါဝင်ကောင်း ပါဝင်နိုင်သည်။ ဒေသဆိုင်ရာ ကောင်စီသည် သင့်အား ကျောင်းကာကွယ်ဆေးထိုး အစီအစဉ်နှင့် ဆက်သွယ်သည့် အချက်အလက်များကို ဖုန်းအမှတ် (SMS) သို့မဟုတ် အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် ပို့ပေးကောင်း ပို့ပေးနိုင်သည်။ သင်သည် သင့်ကလေး တက်ရောက်သည့် ကျောင်းရှိရာ ဒေသကောင်စီကို ဆက်သွယ်ခြင်းအားဖြင့် သင့်ကလေး၏ အချက်အလက်များကို ရယူနိုင်ပါသည်။

ရုံးသုံးရန် အတွက်သာ-	ဒုတိယ အချောင်းထိုးသည့် ရက်စွဲ-	သူနာပြု လက်မှတ်တိုး-
ပထမ အချောင်းထိုးသည့် ရက်စွဲ-	သူနာပြု လက်မှတ်တိုး-	တတိယ အချောင်းထိုးသည့် ရက်စွဲ-
		သူနာပြု လက်မှတ်တိုး-

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: