

# واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)

واکسن توصیه شده برای دانش آموزان کلاس هفتم دبیرستان

لطفاً اطلاعات ارائه شده را مطالعه کنید.

فرم را تکمیل کنید، حتی اگر فرزندان واکسن را دریافت نمی کند.

فرم را جدا کرده و آن را به مدرسه بازگردانید.

- شورای محلی بزودی برای این برنامه واکسیناسیون به مدرسه شما خواهد آمد.
- واکسن رایگان در این سال تحصیلی در مدرسه، از طریق پزشک یا خدمات ایمن سازی شورای محلی موجود می باشد.
- لطفاً چک لیست کنترل پیش از ایمن سازی را مطالعه کنید و پیش از آن که فرزندان واکسینه شود، هرگونه نگرانی که دارید را با ارائه دهنده واکسیناسیون در میان بگذارید.
- فرزند شما ممکن است در یک روز نیاز به بیش از یک تزریق برای بیماری های متفاوت داشته باشد. احتمال بروز واکنش نسبت به واکسن ها افزایش نمی یابد.
- شما باید فرم رضایت نامه را به مدرسه بازگردانید، حتی اگر فرزندان واکسینه نمی شود، زیرا این کار به ارائه خدمات بهداشتی بهتر کمک می کند.

## ویروس پاپیلومای انسانی چیست؟

ویروس پاپیلومای انسانی HPV ویروسی شایع در مردان و زنان است. آلوده شدن به یک گونه یا گونه های دیگر HPV در کوتاه مدت پس از آغاز فعالیت جنسی بسیار متداول است. اکثر عفونت های HPV موجب بروز علائم بیماری نمی شوند و در کمتر از یک سال، بدون آنکه فرد متوجه شود که عفونت داشته است، از بدن خارج می شوند. برخی از گونه های HPV می توانند موجب زگیل های آلت تناسلی و برخی گونه ها موجب سرطان شوند. این سرطان ها شامل سرطان گردنه رحم در زنان، سرطان آلت تناسلی در مردان و زنان، و برخی از سرطان های دهان و گلو می شوند.

## مزایای دریافت واکسن HPV چه می باشند؟

واکسن پاپیلومای انسانی GARDASIL® در برابر دو گونه ویروس HPV که موجب 70 درصد سرطان های گردنه رحم در زنان و 90 درصد سرطان های مرتبط با HPV در مردان می شود، مصونیت ایجاد می کند. این واکسن همچنین در مردان و زنان در برابر دو گونه دیگر HPV که موجب زگیل های آلت تناسلی می شوند، مصونیت ایجاد می کند.

وقتی این واکسن پیش از آغاز فعالیت جنسی فرد دریافت شود، بیشترین مصونیت را ارائه می دهد. این واکسن از ابتلا به بیماری ها پیشگیری می کند ولی عفونت های HPV موجود را درمان نمی کند.

## این واکسن چگونه تجویز می شود؟

واکسن HPV شامل سه نوبت تزریق واکسن در بازو ظرف یک دوره شش ماهه است.

## این واکسن تا چه مدت مصونیت ایجاد می کند؟

مطالعات اخیر مصونیت پیوسته مفید را در برابر HPV نشان می دهند. مطالعات همچنان ادامه دارند تا مشخص شود آیا در آینده نیاز به واکسن یادآور وجود دارد یا خیر.

## واکسن HPV تا چه میزان ایمن است؟

این واکسن ایمن و براحتی قابل تحمل است. میلیون ها دوز واکسن تاکنون در سراسر دنیا تجویز شده است. این واکسن حاوی HPV نیست، اما ظاهراً حاوی ویروس مشابهی می باشد که باعث تولید پادتن در بدن می شود و در برابر عفونت HPV مصونیت ایجاد می کند.

## آیا دخترها در آینده نیاز به انجام آزمایشات غربالگری دهانه رحم دارند؟

بله، زیرا این واکسن از بروز همه گونه های عفونت HPV که موجب سرطان گردنه رحم می شوند پیشگیری نمی کند. آزمایشات غربالگری دهانه رحم در مراحل بعدی زندگی برای زنان همچنان ضروری است. انجام آزمایشات غربالگری دهانه رحم هر دو سال یکبار برای همه زنان، از سن 18 سالگی یا دو سال پس از آغاز فعالیت جنسی، هرکدام دیرتر بود، توصیه می شود. انجام آزمایشات منظم غربالگری دهانه رحم خطر ابتلا به سرطان گردنه رحم را بیشتر کاهش می دهد.

تصویب و نشر با مجوز دولت ویکتوریا، 1 Treasury Place, Melbourne.  
© اداره بهداشت، ژوئیه 2016 (1607017)

# فرم رضایت نامه واکسن ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV)

واکسن توصیه شده برای دانش آموزان کلاس هفتم دبیرستان

لطفاً اطلاعات ارائه شده را مطالعه کنید.

فرم را تکمیل کنید، حتی اگر فرزندان واکسن را دریافت نمی کند.

فرم را جدا کرده و آن را به مدرسه بازگردانید.

مشخصات دانش آموز	
شماره مدیکر:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(عدد واقع در کنار نام فرزندان)	
نام خانوادگی:	نام:
نشانی محل سکونت:	
کد پستی:	تاریخ تولد: / / جنسیت: <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر
مدرسه:	
گروه کلاسی:	
آیا این کودک از بومیان ابوریجینی یا جزایر نشینان تنگه تورس است؟ (لطفاً علامت گذاری کنید)	
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بومی ابوریجینی <input type="checkbox"/> جزیره نشین تنگه تورس <input type="checkbox"/> بومی ابوریجینی و جزیره نشین تنگه تورس	

مشخصات تماس با ولی و یا سرپرست	
نام خانوادگی:	نام:
ایمیل:	
شماره تلفن روزانه	موبایل:

## ولی/سرپرست، لطفاً چنانچه موافق هستید فرزندان در مدرسه واکسن ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV) را دریافت کند، این قسمت را امضاء کنید.

من اطلاعاتی که در مورد واکسن به من داده شده است، از جمله خطرات بیماری و عوارض جانی واکسن، را مطالعه و درک کرده ام. من درک می کنم که به تزریق سه نوبت واکسن ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV) که طی دوره چهار تا شش ماه صورت خواهد گرفت رضایت می دهم. به من فرصت آن داده شده است که در مورد این واکسن با ارائه دهنده واکسناسیون صحبت کنم. من درک می کنم که می توانم در هر زمان پیش از انجام واکسناسیون از رضایت خود صرفنظر کنم. من درک می کنم که ارائه دهنده واکسناسیون جزئیات واکسناسیون فرزندم را ثبت خواهد کرد و جزئیات واکسناسیون فرزندم به دفتر ثبت برنامه ملی واکسناسیون HPV ارسال خواهد شد.

☐ بله، من رضایت می دهم فرزندم واکسن ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV) را دریافت کند (لطفاً علامت گذاری کنید)

من صلاحیت آن را دارم که به واکسینه شدن فرزندم که مشخصاتش در بالا درج شده رضایت دهم.

نام ولی یا سرپرست (لطفاً خوانا بنویسید):

امضاء ولی/سرپرست: تاریخ: / /

خیر، من رضایت نمی دهم فرزندم واکسن ویروس پاپیلوما ی انسانی (HPV) را دریافت کند.

پس از مطالعه اطلاعات ارائه شده، نمی خواهم فرزندم با واکسن HPV ایمن سازی شود.

امضاء ولی/سرپرست: تاریخ: / /

**اظهاریه حریم خصوصی:** بودجه برنامه واکسناسیون کلاس 7 دبیرستان ها توسط دولت های استرالیا و ویکتوریا تأمین می شود و توسط شوراهای محلی ارائه می گردد. تحت قانون بهداشت و تندرستی مصوب 2008(Public Health & Wellbeing Act 2008) شوراهای محلی مسئولیت هماهنگی و ارائه خدمات ایمن سازی به کودکان را به عهده دارند که در حوزه شورای محلی تحصیل می کنند. شوراهای شهر در مطابقت با قانون حفظ حریم خصوصی و اطلاعات مصوب 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) و قانون سوابق بهداشتی مصوب 2001 (Health Records Act 2001) متعهد به محافظت از حریم خصوصی، محرمانگی، و ایمنی اطلاعات شخصی هستند.

شوراهای محلی کلیه واکسناسیون های ارائه شده به نوجوانان از طریق برنامه مدرسه را به دفتر ثبت واکسناسیون های مدارس استرالیایی (Australian School Vaccination Register (ASVR)) گزارش می کند. اطلاعات شخصی شناسایی شما محرمانه نگهداری خواهد شد. این کار ابزارهایی مانند فراخوانی مجدد و سیستم های یادآوری را برای بهبود میزان واکسناسیون های نوجوانان را امکان پذیر می کند. بطور کلی، بهبود میزان واکسناسیون ها بسیار مهم است. افراد به سوابق کلیه واکسناسیون های خود در دفتر ثبت ایمن سازی استرالیا و ASVR دسترسی خواهند داشت. مجموع اطلاعات ایمن سازی ممکن است به منظور کنترل، تأمین بودجه و بهبود برنامه واکسناسیون کلاس های 7 دبیرستان ها، در اختیار دولت استرالیا گذاشته شود. این اطلاعات حاوی مشخصات شناسایی هیچ فردی نمی شود.

از اطلاعات مرتبط به شما یا فرزند شما تنها برای مقاصد که مستقیماً به ایمن سازی فرزند شما مربوط می شوند استفاده یا به اشتراک گذاشته می شود، و به روش هایی که شما به صورت منطقی انتظار دارید. این ممکن است شامل انتقال یا مبادله اطلاعات مرتبط با پزشک عمومی شما، پزشک عمومی فرزندان، خدمات بهداشتی یا بیمارستانی دیگر یا شورای محلی دیگری شود. شورای محلی ممکن است اطلاعات مرتبط با برنامه ایمن سازی مدارس را از طریق پیامک SMS یا ایمیل برای شما فراهم کند. شما می توانید از طریق تماس با شورای محلی منطقه ای که فرزندان در آن به مدرسه می رود، به اطلاعات فرزند خود دسترسی پیدا کنید.

فقط به منظور استفاده اداری:	تاریخ دریافت نوبت دوم واکسن:	حروف اول نام و نام خانوادگی پرستار:
تاریخ دریافت نوبت اول واکسن:	حروف اول نام و نام خانوادگی پرستار:	تاریخ دریافت نوبت سوم واکسن:

# 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](http://www.betterhealth.vic.gov.au)

[www.hpvvaccine.org.au](http://www.hpvvaccine.org.au)

[www.cancerscreening.gov.au](http://www.cancerscreening.gov.au)

[www.hpvregister.org.au](http://www.hpvregister.org.au)

[immunehero.health.vic.gov.au](http://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](mailto: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: \_\_\_\_\_