

واکسین آب چیچک (Varicella)

برای متعلمین صنف 7 مکتب متوسطه توصیه شده است

لطفاً این معلومات را بخوانید.

این فورم را پر کنید ولو اینکه واکسین هم قرار نباشد تزریق شود.

این فورم را جدا کرده و آن را به مکتب باز گردانید.

- آیا طفل شما به واکسین آب چیچک احتیاج دارد؟ برای معلومات بیشتر به قسمت ذیل مراجعه کنید.
- از شورای محلی شهر برای اجرای این پروگرام واکسین به دیدار مکتب می آیند.
- امسال واکسین رایگان در مکتب، در مطب داکتر و در محل خدمات مصون سازی شاروالی موجود می باشد.
- فهرست بررسی قبل از مصون سازی را مطالعه کنید و اگر هر نوع نگرانی دارید قبل از اینکه طفل شما واکسین شود، با ارائه کننده خدمات واکسین صحبت کنید.
- طفل شما ممکن است در یک روز برای امراض مختلف به بیشتر از یک تزریق احتیاج داشته باشد. این باعث نخواهد شد که احتمال عکس العمل طفل شما به واکسین بیشتر شود.
- حتی اگر طفل شما قرار نباشد واکسین کند این فورم رضایت خط را به مکتب باز گردانید چون این کار به بهتر شدن ارائه خدمات صحی کمک می نماید.

مرض آب چیچک

آب چیچک مرض بسیار مسری است که عامل آن یک وایرس موسوم به varicella zoster می باشد. آب چیچک از طریق عطسه و سرفه و تماس مستقیم مایع دانه های بخار (تاول آبله مانند-ترجمان) بدن مریض به دیگران سرایت می کند.

این مرض برای اطفال سالم یک ناجوری ملایم با دوره کوتاه است؛ برخی از اوقات آب چیچک تبدیل به یک مرض وخیم مانند مرض جلدی باکتریایی می شود که باعث خواهد شد لکه آن باقی بماند، یا ایجاد سینه بغل یا التهاب مغز نماید. کلان سالانی که به آب چیچک مبتلا می شوند معمولاً علائم مرض شدیدتری را تجربه می کنند. در صورت ابتلای مادر در دوران حاملگی، آب چیچک ممکن است جنین (طفل متولد نشده) را هم در معرض خطر قرار دهد. آب چیچک می تواند موجب بروز مرض خطرناکی گردد که حتی باعث مرگ مریض در هر سنی بشود.

دوره کمون مرض آب چیچک بین 10 تا 21 روز است که بعد کهیر (بخار) ابتدا با لکه های سرخی شروع می شود، بعد ظرف مدت چند ساعت تبدیل به دانه های تاول (آبله) می شود (به همین دلیل آن را آبله مرغان هم می گویند - ترجمان). این نقطه ها معمولاً روی سینه و شکم و کمر، صورت و سایر قسمت های بدن پدیدار می شود. بیشتر اشخاص مبتلا به مرض آب چیچک تب پیدا می کنند و احساس ناجوری خواهند داشت و ممکن است به خارش شدید مبتلا شوند.

هرکس که هرگز سابقه مرض آب چیچک نداشته باشد ممکن است بدان مبتلا شود. قبل از پروگرام واکسین، نزدیک به 75 فی صد از افراد قبل از سن 12 سالگی به آب چیچک مبتلا می شدند.

آیا طفل شما به واکسین آب چیچک احتیاج دارد؟

طفل من به مرض آب چیچک مبتلا شده، من باید چه کار بکنم؟

اگر مطمئن هستید که طفل شما قبلاً مرض آب چیچک گرفته، در این صورت احتیاجی به واکسین نیست. لیکن واکسین را می توان به طفلی که آب چیچک داشته داد بدون آنکه برایش خطری داشته باشد.

من مطمئن نیستم که آیا طفل من آب چیچک داشته، چه کار باید بکنم؟

باید طفل شما واکسین نماید.

طفل من واکسین آب چیچک تزریق شده است، آیا حالا باید به او واکسین دوم را تزریق کرد؟

بله، دو نوبت (دوز) واکسین آب چیچک باعث می شود که مصونیت او بیشتر شده و خطر بروز آب چیچک را در زمان های بعدی تقلیل دهد.

طفل من یک واکسین آب چیچک داشته، و به مرض آب چیچک هم قبلاً مبتلا شده، چه کار باید بکنم؟

اگر مطمئن هستید که طفل شما قبلاً مرض آب چیچک گرفته، در این صورت به واکسین احتیاجی نیست. ولی در عین حال می توان بدون آنکه خطری داشته باشد به اطفالی که قبلاً مرض آب چیچک داشته اند هم واکسین تزریق کرد.

فورم رضایت خط واکسین آب چیچک (Varicella)

برای متعلمین صنف 7 مکتب متوسطه توصیه شده است

لطفاً این معلومات را بخوانید.

این فورم را پر کنید ولو اینکه واکسین هم قرار نباشد تزریق شود.

این فورم را جدا کرده و آن را به مکتب باز گردانید.

جزئیات متعلم

نمبر کارت Medicare (مدیکر): (شماره در کنار نام طفل)

نام فامیل:

نام:

آدرس محل سکونت:

گد پستی:

جنس: ☐ مؤنث ☐ مذکر

تاریخ تولد:

گروپ خانگی:

آیا این شخص از بومیان و یا ساکنان جزیره تنگه تورز است (لطفاً علامت صحیح یا نیک / بزنید)

☐ نه ☐ بومی ☐ اکن جزیره تنگه تورز ☐ ومی و ساکن جزیره تنگه تورز

مشخصات تماس یکی از والدین یا سرپرست

نام فامیل:

نام:

ایمیل:

شماره تیلیفون در طول روز:

موبایل:

یکی از والدین/سرپرست، اگر موافق هستید که به فرزند شما در مکتب واکسین آب چیچک تزریق شود این فورم را امضاء نمایند.

من معلوماتی که راجع به واکسین کردن به من دادند، بشمول خطرات احتمالی و عوارض جانبی واکسین را خوانده و فهمیدم. من می فهمم که توافق کرده ام که یک نوبت (دوز) از واکسین آب چیچک تزریق شود. به من فرصت داده شده تا راجع به واکسین با ارائه کننده آن صحبت کنم. درک می کنم که هر وقت بخواهم می توانم این رضایت خط را قبل از اینکه واکسین زده شود پس بگیرم.

☐ بله، من رضایت دارم که واکسین آب چیچک تزریق شود (لطفاً علامت صحیح یا نیک / بزنید)

من قانوناً اجازه دارم که این رضایت را برای واکسین کردن طفل فوق الذکر بدهم.

نام یکی از والدین/سرپرست (لطفاً خوانا نوشته کنید):

تاریخ: / /

امضای یکی از والدین/سرپرست:

یا اگر بنا نباشد که در مکتب واکسین تزریق شود:

نه، من اجازه تزریق واکسین آب چیچک را نمی دهم.

پس از مطالعه معلومات ارائه شده، می نمی خواهم که فعلاً به فرزندم واکسین آب چیچک تزریق شود.

تاریخ: / /

امضای یکی از والدین/سرپرست:

بیانیه حفظ حریم خصوصی. پروگرام واکسین برای صنف 7 مکتب متوسطه توسط دولت های استرالیا و ویکتوریا تمویل شده و توسط شورا های محلی (شاروالی ها) ارائه می شوند. بر طبق قانون صحت عمومی و جان جوری مصوب 2008 (Public Health and Wellbeing Act 2008)، شورا های محلی مسئولیت هماهنگی و فراهم کردن خدمات مصون سازی برای اطفال مکتبی در منطقه هر شورای محلی را به عهده دارند. بر طبق قانون حفظ حریم خصوصی و نگهداشت داده ها (امار) مصوب 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) و همچنین قانون ثبت معلومات صحتی مصوب 2001 (Health Records Act 2001) شورا های محلی متعهد به محافظت از حریم خصوصی افراد، محرمانه نگه داشتن و امنیت معلومات شخصی مردم هستند.

شورا های محلی همه واکسین های نوجوانان را که از طریق پروگرام های مکتب انجام می شود به دفتر ثبت واکسیناسیون مکتب های استرالیا (Australian School Vaccination Register) (ASVR) گزارش می دهند. جزئیاتی که موجب شناسایی افراد می شود محرمانه نگهداشته می شوند. این امر سامان هایی را بشمول سیستم هایی برای دعوت مجدد و یا یادآوری در جهت بهتر ساختن میزان واکسین شدن نوجوانان در اختیار قرار می دهد. این امر برای بهتر ساختن میزان کلی واکسین شدن حائز اهمیت می باشد. افراد به سوابق همه واکسین های خود در دفتر ثبت واکسین استرالیا (Australian Immunisation Register) و دفتر ثبت واکسیناسیون مکتب های استرالیا (ASVR) دسترسی خواهند داشت. جمع معلومات مصون سازی (به صورت جدول - ترجمان) ممکن است در اختیار حکومت ویکتوریا قرار گیرد تا برای نظارت، تمویل و بهتر ساختن پروگرام واکسین صنف 7 مکتب متوسطه مورد استفاده واقع شود. این معلومات منجر به شناسایی هیچ فردی نخواهد شد.

معلومات راجع به شما یا طفلتان مورد استفاده و فاش سازی در مورد موضوعاتی خواهد شد که به طور مستقیم به واکسین شدن ربط داشته باشد، و این کار به طریقی انجام می شود که به طور معقول خود شما توقع آن را خواهید داشت. این کار ممکن است به شمول انتقال یا مبادله معلومات با داکتر عمومی شما یا داکتر عمومی طفلتان، به سایر ادارات خدمات صحتی یا شفاخانه ها یا سایر شورا های محلی می شود. شورای محل ممکن است از طریق SMS (تکست) یا ایمیل به شما در پیوند با پروگرام واکسین مکتب معلومات دهد. می توانید به معلومات راجع به طفل خود با تماس با شورای محل، یا جایی که طفل شما به مکتب می رود دسترسی پیدا کنید.

در این قسمت چیزی نوشته نکنید:

حروف اول نام نرس:

تاریخ انجام نوبت (دوز) تزریق واکسین:

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



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.

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 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 2004 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: _____

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: