

Suçiçeği (Varisella) aşısı

Ortaokul 7'nci sınıftaki çocuklar için önerilir

Lütfen bilgileri okuyun.

Aşı yapılmayacaksa bile formu doldurun.

Formu çıkarın ve okula gönderin.

- **Çocuğunuzun suçiçeği aşısına ihtiyacı var mı?** Daha fazla bilgi için aşağıya bakın.
- Bu aşı programı için yerel belediye yakında okulu ziyaret edecektir.
- Bu yıl ücretsiz aşılar okulda, doktorda veya belediyenin bir aşı servisinde mevcuttur.
- Aşı öncesi kontrol listesini okuyun ve çocuğunuz aşı olmadan önce herhangi bir sağlık endişenizi aşı sağlayıcınız ile görüşün.
- Çocuğunuzun aynı gün içinde farklı hastalıklar için birden fazla iğneye ihtiyacı olabilir. Bu, çocuğunuzun aşıya karşı reaksiyon gösterme olasılığını artırmayacaktır.
- Çocuğunuz aşı olmuyorsa bile, onay formunu okula gönderin çünkü bu iyileştirilmiş sağlık hizmetlerinin sağlanmasına yardımcı olur.

Çocuğunuzun suçiçeği aşısına ihtiyacı var mı?

Çocuğumda suçiçeği enfeksiyonu oldu, ne yapmalıyım?

Çocuğunuzda suçiçeği enfeksiyonu olduğundan eminseniz, aşıya gerek yoktur. Ancak, suçiçeği enfeksiyonu geçiren çocuklara aşı güvenlikle verilebilir.

Çocuğumda suçiçeği enfeksiyonu olduğundan emin değilim, ne yapmalıyım?

Çocuğunuz aşılanmalıdır.

Çocuğum bir suçiçeği aşısı oldu. Şimdi ikinci aşı yapılmalı mıdır?

Evet, iki doz suçiçeği aşısı daha fazla koruma sağlar ve suçiçeği hastalığının daha sonra olma riskini azaltır.

Çocuğum bir kez suçiçeği aşısı oldu ve suçiçeği enfeksiyonu geçirdi, ne yapmalıyım?

Çocuğunuzda suçiçeği enfeksiyonu olduğundan eminseniz, aşıya gerek yoktur. Ancak, suçiçeği enfeksiyonu geçiren çocuklara aşı güvenlikle verilebilir.

Suçiçeği hastalığı

Suçiçeği, varisella zona virüsünün neden olduğu çok bulaşıcı bir enfeksiyondur. Suçiçeği öksürük ve hapşırıkla ve kızarıklıklardaki su kabarcıkları ile doğrudan temasla yayılır.

Sağlıklı çocuklarda genellikle kısa süreli hafif hastalıktır; kimi zaman suçiçeği, iz bırakan bakteriyel cilt enfeksiyonları, zatürree veya beynin iltihaplanması gibi daha şiddetli bir hastalığa dönüşür. Suçiçeğinin bulaştığı yetişkinler genellikle daha ciddi belirtiler yaşar. Suçiçeği, gebelik sırasında temas edilirse, doğmamış bir bebek için de bir risk olabilir. Suçiçeği tüm yaşlarda ciddi hastalığa ve hatta ölüme neden olabilir.

Suçiçeğinin kuluçka dönemi 10 ile 21 gün arasındadır, bunu başlarda kırmızı noktalı kızarıklıklar izler ve birkaç saat içinde su kabarcıkları oluşur. Noktacıklar genellikle gövdede, yüzde ve vücudun diğer bölümlerinde oluşur. Suçiçeği enfeksiyonunu kapalı çoğu kişide ateş olur ve kendilerini iyi hissetmezler ve şiddetli kaşıntı yaşarlar.

Daha önce hiç suçiçeği olmamış olan bir kişi buna yakalanabilir. Aşı programından önce, insanların yaklaşık yüzde 75'i, 12 yaşından önce suçiçeğine yakalanmıştır.

**Yazılı ve Sözlü Çeviri
Servisi 131 450 numaralı
telefonu arayın**



IMMUNISE
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

Suçiçeği aşısı

Suçiçeği aşısı, değişimden geçirilmiş düşük güçlü canlı virüs ve az miktarda neomisin antibiyotiği içerir.

Suçiçeği aşısının olası yan etkileri

Yaygın yan etkiler

- Ateş
 - Aşı olunan yerde ağrı, kızarıklık ve şişme
 - Aşı olunan yerde geçici bir küçük şişkinlik
 - Herhangi bir aşıdan sonraki 30 dakika içinde bayılma olabilir
- Hafif reaksiyonlar olursa, yan etkiler şu yollarla azaltılabilir:
- daha fazla sıvı içmek ve kişide ateş olursa fazla giyinmemek
 - ağrıyan aşı yerine soğuk bir ıslak bez koymak
 - rahatsızlığı azaltmak için parasetamol almak.

Olağandışı yan etkiler

Aşıdan sonraki beş ile 26 gün arasında, genellikle aşı yapılan yerde ve bazen vücudun diğer yerlerinde iki ile beş arasında suçiçeği benzeri noktacıklar oluşur ve bunlar bir haftadan kısa bir süre devam eder.

Bu meydana gelirse, kişi, noktacıklar kuruyana kadar düşük bağışıklık sahibi kişilerle doğrudan temastan kaçınmalıdır.

Çok seyrek yan etki

- Şiddetli alerjik reaksiyon

Şiddetli alerjik reaksiyon durumunda, derhal tıbbi müdahale sağlanacaktır. Reaksiyonlar şiddetli veya kalıcı ise ya da kaygılanırsanız, doktorunuz veya hastaneyle ilişkiye geçin.

Aşı öncesi kontrol listesi

Şunlardan biri yaşıyorsanız, çocuğunuz aşı olmadan önce doktora veya hemşireye bildirin.

- Son bir ay içinde (MMR, suçiçeği veya BCG gibi) canlı virüsler içeren bir aşı olmuşsa
- Aşı günü iyi değilse (ateşi 38.5 dereceden fazlaysa)
- Şiddetli alerjileri varsa
- Herhangi bir aşıya karşı şiddetli reaksiyonu olmuşsa
- Bir hastalığı varsa veya düşük bağışıklığa neden olan bir tedavi görüyorsa (örneğin HIV/AIDS, kan kanseri, kanser, radyoterapi veya kemoterapi)
- İç çekilen astım spreyleri veya steroid kremlerinden (örneğin kortizon veya prednizon) başka herhangi bir tür steroid alıyorsa
- Gebe ise
- Son üç ay içinde immunoglobulin veya naklen kan almışsa veya son bir ay içinde damardan immunoglobulin almışsa.

Aşıdan sonra, aşı yerinde en az 15 dakika bekleyin.

Daha fazla bilgi

www.betterhealth.vic.gov.au

immunehero.health.vic.gov.au

Form nasıl doldurulur

Lütfen bilgileri okuyun. Aşı yapılmayacaksa bile formu doldurun. Formu çıkarın ve okula gönderin.

Tüm çocuklar için

Lütfen çocuğa ait bilgilerle doldurun

Daha sonra

Çocuğunuzun aşılanmasını istiyorsanız, bu bölümü doldurun.

Veya

Çocuğunuzun aşılanmasını istemiyorsanız, bu bölümü doldurun.

Bu belgeye erişilebilir bir formatta almak istiyorsanız, şu adrese e-mail yollayın: immunisation@health.vic.gov.au

Victoria Hükümeti, 1 Treasury Place, Melbourne tarafından yetkilendirilmiş ve yayınlanmıştır. © Sağlık Bakanlığı, Temmuz 2016 (1607016)

Suçiçeği (Varisella) aşısı onay formu

Orta öğretim 7'nci sınıftaki çocuklar için önerilir

Lütfen bilgileri okuyun.

Aşı yapılmayacaksa bile formu doldurun.

Formu çıkarın ve okula gönderin.

Öğrencinin ayrıntıları

Medicare no: **1234 56765 7 3** (Çocuğun adının yanındaki numara)

Soyadı: **CITIZEN** Adı: **MARK**

Ev Adresi: **20 BLOCK STREET MELBOURNE**

Post kodu: **3000**

Doğum tarihi: **18/10/2000**

Cinsiyeti: ☒ Kız ☐ Erkek

Okul: **BLOCK HIGH SCHOOL**

Bu kişi Aborijin veya Torres Boğazı Adalı kökene mi sahiptir: (Lütfen işaretleyin)

☒ Hayır ☐ Aborijin ☐ Torres Boğazı Adalı ☐ Aborijin ve Torres Boğazı Adalı

Anababa/veli ilişkisi ayrıntıları

Soyadı: **SMITH** Adı: **SANDRA**

Email: **parentorguardian@internetprovider.com**

Gün içindeki telefon numarası: **9123 4567**

Cep telefonu: **0404 123 456**

Anababa/veli, çocuğunuzun okulda suçiçeği aşısı olmasını kabul ediyorsanız, lütfen imzalayın.

Hastalık riskleri ve aşının yan etkileri dâhil olmak üzere aşı hakkında bana verilen bilgileri okudum ve anladım. Bir doz suçiçeği aşısı yapılması için onay veriyor olduğumu anlıyorum. Bir aşı sağlayıcı ile aşı hakkında görüşmek için bana fırsat verilmiştir. Bu onayın, aşı yapılmadan önce her zaman geri çekilebileceğini anlıyorum.

☐ EVET, suçiçeği aşısını ONAYLIYORUM (Lütfen işaretleyin)

Yukarıda geçiş çocuğun aşılanmasını için onay verme yetkim vardır.

Anababamın veya velimin adı (Lütfen kitap harfleriyle yazın):

Anababamın/velimin imzası:

Tarih: / /

VEYA aşı okulda yapılmayacaksa:

Hayır, suçiçeği aşısının onaylamıyorum.

Sağlanan bilgileri okuduktan sonra, çocuğuma şimdi suçiçeği aşısı yapılmasını istemiyorum.

Anababamın/velimin imzası:

Tarih: / /

Gizlilik beyanı. 7'nci Sınıf Okulculu Aşı Programı'na Avustralya ve Victoria hükümetleri tarafından fon sağlanmaktadır. 2008 Kamu Sağlığı ve Gönem Yönetimi (Public Health and Wellbeing Act 2008) kapsamında belediyeler, belediye sınırları içinde eğitim almakta olan çocuklar için aşı hizmetlerini koordine etmek ve sağlamakla sorumludur. Belediyeler, 2014 Gizlilik ve Veri Koruma Yasası (Privacy and Data Protection Act) ve 2001 Sağlık Kayıtları Yasası (Health Records Act 2001) gereğince, bilgileri güvenli, mahremiyeti ve güvenliğini korumakla yükümlüdür.

Belediyeler, okul programları aracılığıyla verilen tüm esenlik aşılarını Avustralya Okul Aşıları Sicili'ne (Australian School Vaccination Register (ASVR)) bildirir. Kişisel kimlik ayrıntıları göz tutulacaktır. Bu, esenlik aşıları oranlarını iyileştirmek için çağırma ve anamıza sistemleri gibi araçlar sağlayacaktır. Bu, tüm aşıları oranlarını iyileştirmek için önemlidir. Belediyeler, Avustralya Aşı Sicili'nde ve ASVR'de bulunan tüm aşı kayıtlarına erişilecektir. Toplu aşı verileri, 7'nci Sınıf Okulculu Aşı Programı'na üyeler, fon sağlamak ve iyileştirmek için Victoria hükümetine aktarılabilir. Bu bilgiler herhangi bir kişinin kimliğini açıklamaz.

Siz ve çocuğunuzla ilgili bilgiler, doğrudan çocuğunuzun aşı ile ilgili amaçlar için ve mevcut çevresinde bekleyebileceğiniz şekilde kullanılacak ve açıklanacaktır. Bu, pratik sağlık hizmetleri, çocuğunuzun pratik sağlık hizmetleri veya tedavi eden başka bir sağlık servisine veya hastaneye ya da başka bir belediyeye aktarmay veya onlarla diğer toku etmeyebilir. Belediyeler, okul aşı programı ile ilgili bilgileri SMS veya elektronik posta aracılığıyla size sağlayabilir. Çocuğunuzun devam ettiği yerel okul ile ilişkiye geçerek çocuğunuzun verilerine ulaşabilirsiniz.

Sadece ofisin kullanımı için:

Düzen verildiği tarih:

Hemşirenin adının baş harfleri:

Suçiçeği (Varisella) aşısı onay formu

Orta öğretim 7'nci sınıftaki çocuklar için önerilir

Lütfen bilgileri okuyun.

Aşı yapılmayacaksa bile formu doldurun.

Formu çıkarın ve okula gönderin.

Öğrencinin ayrıntıları

Medicare no: (Çocuğun adının yanındaki numara)

Soyadı:

Adı:

Ev Adresi:

Post kodu:

Doğum tarihi: / /

Cinsiyeti: ☐ Kız ☐ Erkek

Okul:

Spor grubu:

Bu kişi Aborijin veya Torres Boğazı Adalı kökene mi sahiptir: (lütfen işaretleyin)

☐ Hayır ☐ Aborijin ☐ Torres Boğazı Adalı ☐ Aborijin ve Torres Boğazı Adalı

Anababa/veli ilişkisi ayrıntıları

Soyadı:

Adı:

Email:

Gün içindeki telefon numarası:

Cep telefonu:

Anababa/veli, çocuğunuzun okulda suçiçeği aşısı olmasını kabul ediyorsanız, lütfen imzalayın.

Hastalık riskleri ve aşının yan etkileri dâhil olmak üzere aşı hakkında bana verilen bilgileri okudum ve anladım. Bir doz suçiçeği aşısı yapılması için onay veriyor olduğumu anlıyorum. Bir aşı sağlayıcı ile aşı hakkında görüşmek için bana fırsat verilmiştir. Bu onayın, aşı yapılmadan önce her zaman geri çekilebileceğini anlıyorum.

☐ EVET, suçiçeği aşısını ONAYLIYORUM (lütfen işaretleyin)

Yukarıda adı geçen çocuğun aşılanması için onay verme yetkim vardır.

Anababanın veya velinin adı (lütfen kitap harfleriyle yazın):

Anababanın/velinin imzası:

Tarih: / /

VEYA aşı okulda yapılmayacaksa:

Hayır, suçiçeği aşısının onaylamıyorum.

Sağlanan bilgileri okuduktan sonra, çocuğuma şimdi suçiçeği aşısı yapılmasını istemiyorum.

Anababanın/velinin imzası:

Tarih: / /

Gizlilik beyanı. 7'inci Sınıf Ortaokul Aşı Programı'na Avustralya ve Victoria hükümetleri tarafından fon sağlanmaktadır. 2008 Kamu Sağlığı ve Gönenci Yasası (Public Health and Wellbeing Act 2008) kapsamında belediyeler, belediye sınırları içinde eğitim almakta olan çocuklar için aşı hizmetlerini koordine etmek ve sağlamakla sorumludur. Belediyeler, 2014 Gizlilik ve Veri Koruma Yasası (Privacy and Data Protection Act) ve 2001 Sağlık Kayıtları Yasası (Health Records Act 2001) gereğince, bilgilerin gizliliğini, mahremiyetini ve güvenliğini korumakla yükümlüdür.

Belediyeler, okul programları aracılığıyla verilen tüm ergenlik aşılarını Avustralya Okul Aşıları Sicili'ne (Australian School Vaccination Register (ASVR)) bildirir. Kişisel kimlik ayrıntıları gizli tutulacaktır. Bu, ergenlik aşıları oranlarını iyileştirmek için çağrıştırma ve animatma sistemleri gibi araçlar sağlayacaktır. Bu, tüm aşılama oranlarını iyileştirmek için önemlidir. Bireyler, Avustralya Aşı Sicili'nde ve ASVR'de bulunan tüm aşı kayıtlarına erişebilecektir. Toplu aşı verileri, 7'inci Sınıf Ortaokul Aşı Programı'nı izlemek, fon sağlamak ve iyileştirmek için Victoria hükümetine açıklanabilir. Bu bilgiler herhangi bir kişinin kimliğini açıklamaz.

Siz ve çocuğunuzla ilgili bilgiler, doğrudan çocuğunuzun aşısı ile ilgili amaçlar için ve mantık çerçevesinde bekleyebileceğiniz şekilde kullanılacak ve açıklanacaktır. Bu, pratisyen hekiminize, çocuğunuzun pratisyen hekimine veya tedavi eden başka bir sağlık servisine veya hastaneye ya da başka bir belediyeye aktarmayı veya onlarla değiş tokuş etmeyi içerebilir. Belediye, okul aşı programı ile ilgili bilgileri SMS veya elektronik posta aracılığıyla size sağlayabilir. Çocuğunuzun devam ettiği yerel okul ile ilişkiye geçerek çocuğunuzun verilerine ulaşabilirsiniz.

Sadece ofisin kullanımı için:

Dozun verildiği tarih:

Hemşirenin adının baş harfleri:

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: _____