

# لقاح جدري الماء (الحماق)

يُوصى به للطلاب في الصف السابع بالمدارس الثانوية

يُرجى قراءة المعلومات.

قوموا بإكمال الإستمارة حتى إذا لم تكن هناك حاجة لإعطاء اللقاح.

إفصلوا الإستمارة وأعيدها إلى المدرسة.

- هل يحتاج طفلكم للقاح جدري الماء؟ انظروا أدناه لمزيد من المعلومات.
- سوف يزور المجلس المحلي المدرسة قريباً من أجل برنامج اللقاح هذا.
- يتوفر اللقاح المجاني هذا العام في المدرسة أو لدى الطبيب أو لدى خدمة التطعيم للمجالس المحلية.
- قوموا بقراءة قائمة متطلبات ما قبل التطعيم وناقشوا أي مخاوف صحية مع مزود التطعيم الخاص بكم قبل أن يتم تطعيم طفلكم.
- قد يحتاج طفلكم لأكثر من حقنة واحدة لعلاج أمراض مختلفة في نفس اليوم. لن يزيد هذا من فرصة إصابة طفلكم برد فعل من اللقاح.
- يجب إعادة استمارة الموافقة إلى المدرسة حتى إذا لم يتم تطعيم طفلكم لأن هذا يساعد في توفير الخدمات الصحية المحسنة.

## مرض جدري الماء

جدري الماء هو مرض شديد العدوى يسببه فيروس الحماق النطاقي. ينتشر جدري الماء عن طريق السعال والعطس، ومن خلال الإتصال المباشر مع السوائل في بثور الطفح الجلدي.

عادة ما تكون الإصابة عبارة عن مرض خفيف لمدة قصيرة لدى الأطفال الأصحاء، إلا أنه أحياناً قد يتطور جدري الماء إلى مرض أكثر شدة مثل الإلتهابات الجلدية البكتيرية التي تؤدي إلى تندب أو الإلتهاب الرئوي أو إلتهاب في الدماغ. أما البالغين الذين يصابون بجدري الماء فإنهم عموماً يعانون من أعراض أكثر شدة. قد تشكل الإصابة بجدري الماء خطراً على الجنين إذا إنتقلت إليه العدوى خلال فترة الحمل. يمكن أن يُسبب جدري الماء أمراض خطيرة قد تصل إلى الموت في جميع الأعمار.

فترة الحضانة لجدري الماء هي 10 إلى 21 يوم ، يليها ظهور طفح جلدي على شكل بقع حمراء في البداية، ثم تتحول إلى بثور في غضون ساعات. وعادة ما تظهر البقع على الجذع والوجه وأجزاء أخرى من الجسم. يعاني معظم الأشخاص الذين يصابون بجدري الماء من الحمى والشعور بالإعياء وقد يعانون من حكة شديدة .

يمكن لأي شخص لم يُصّب بجدري الماء من قبل أن يصاب بالمرض . قبل البدء في برنامج التطعيم، حوالي 75 في المائة من الأشخاص أصيبوا بجدري الماء قبل بلوغهم 12 سنة من العمر.

## هل يحتاج طفلكم للقاح جدري الماء؟

لقد أصيب طفلي بعدوى جدري الماء، ماذا علي أن أفعل؟

إذا كنتم متأكدين من أن طفلكم أصيب بعدوى جدري الماء، إذن ليس هناك حاجة للقاح. لكن يمكن أن يُعطى اللقاح بأمان للأطفال الذين أصيبوا بعدوى جدري الماء.

لست متأكداً من إصابة طفلي بعدوى جدري الماء، ماذا علي أن أفعل؟

ينبغي تطعيم طفلكم.

لقد أخذ طفلي لقاح واحد من جدري الماء، هل ينبغي إعطائه لقاح ثاني الآن؟

نعم، إن جرعتين من لقاح الجدري توفر المزيد من الحماية وتحدّ من مخاطر حدوث جدري الماء في وقت لاحق.

أخذ طفلي لقاح واحد من جدري الماء وأصيب بجدري الماء، ماذا علي أن أفعل؟

إذا كنتم متأكدين من أن طفلكم أصيب بعدوى جدري الماء، إذن ليس هناك حاجة للقاح. لكن يمكن أن يُعطى اللقاح بأمان للأطفال الذين أصيبوا بعدوى جدري الماء.

## لقاح جدري الماء

يحتوي لقاح جدري الماء على فيروسات حية ضعيفة القوة تم تعديلها وكمية صغيرة من المضاد الحيوي، نيوميسين.

## الآثار الجانبية المحتملة للقاح جدري الماء

### الآثار الجانبية الشائعة

- الحمى
- ألم واحمرار وتورم في موضع الحقن
- كتلة صغيرة مؤقتة في موضع الحقن
- قد يحدث إغماء لغاية 30 دقيقة بعد أي تطعيم.
- في حالة حدوث ردود فعل خفيفة، يمكن تخفيف الآثار الجانبية بالقيام بما يلي:
- شرب كميات إضافية من السوائل وتخفيف الملابس إذا أصيب الشخص بالحُمى
- وضع قطعة قماش مبللة باردة على موضع الحقن المؤلم
- أخذ الباراسيتامول لتقليل الانزعاج.

### الآثار الجانبية غير الشائعة

قد تحدث حوالي 5-2 بقع شبيهة ببقع جدري الماء غالباً في موضع الحقن وأحياناً على أجزاء أخرى من الجسم بين خمسة و 26 يوم بعد التطعيم وتستمر لفترة تقل عن أسبوع واحد.

في حالة حدوث ذلك ينبغي على الشخص تجنب الاتصال المباشر مع الأشخاص ذوي المناعة المنخفضة حتى تجف البقع.

## الآثار الجانبية النادرة للغاية

- حساسية رد فعل شديدة

في حالة حدوث حساسية رد فعل شديدة، سيتم توفير العناية الطبية الفورية. إذا كانت ردود الفعل شديدة أو مستمرة، أو إذا كنتم قلقين، اتصلوا بطبيبكم أو المستشفى.

## قائمة متطلبات ما قبل التطعيم

قبل أن يتم تطعيم طفلكم، أخبروا الطبيب أو الممرضة إذا كانت أي من الحالات التالية تنطبق على طفلكم.

- تلقى لقاح يحتوي على فيروسات حية خلال الشهر الماضي (مثل اللقاح الثلاثي MMR أو جدري الماء أو الدرن BCG)
- مريضاً في يوم التطعيم (درجة حرارة فوق 38.5 درجة مئوية)
- يعاني من حساسية شديدة
- سبق وأصيب برد فعل حاد بعد أي لقاح
- يعاني من مرض أو يأخذ علاج يسبب انخفاض في المناعة (على سبيل المثال فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، سرطان الدم، السرطان، العلاج الإشعاعي أو العلاج الكيميائي)
- يأخذ المنشطات "الستيرويدات" من أي نوع غير بخاخ الربو أو الكريمات المنشطة "الستيرويد" (على سبيل المثال الكورتيكوستيرون أو البرينيذون)
- حاملاً
- تلقى الغلوبولين المناعي أو نقل دم في الأشهر الثلاثة الأخيرة أو الغلوبولين المناعي الوريدي في الأشهر التسعة الماضية.

يجب الإنتظار في مكان التطعيم لمدة لا تقل عن 15 دقيقة بعد التطعيم.

## معلومات إضافية

www.betterhealth.vic.gov.au

immunehero.health.vic.gov.au

## كيفية إكمال الإستمارة

يُرجى قراءة المعلومات. قوموا بإكمال الإستمارة حتى إذا لم تكن هناك حاجة لإعطاء اللقاح. إفضلوا الإستمارة وأعيدها إلى المدرسة.

### بالنسبة لجميع الأطفال

يُرجى إكمال الإستمارة بتفاصيل الطفل

ثم

أكملوا هذا القسم إذا كنتم ترغبون في أن يتم تطعيم طفلكم.

أو

أكملوا هذا القسم إذا كنتم لا ترغبون في أن يتم تطعيم طفلكم.

### إستمارة الموافقة على لقاح جدري الماء (الحماق)

يُوصى به للطلاب في الصف السابع بالمدراس الثانوية  
تُمنح قراءة المعلومات  
قوموا بإكمال الإستمارة حتى إذا لم تكن هناك حاجة لإعطاء اللقاح  
إفضلوا الإستمارة وأعيدها إلى المدرسة

معلومات الطالب
رقم الهوية: 4321 56789 3 (الرقم بجانب اسم الطفل)
الاسم الأول: MARK الاسم الأخير: CITIZEN
عنوان السكن: 20 BLOCK STREET MELBOURNE
الزمن الفوري: 3000 التاريخ الميلاد: 2000/10/18 الجنس: <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
المدرسة: BLOCK HIGH SCHOOL الصورة المتوفرة: 7A

هل هذا الشخص من أصل أوروبي أو من سكان جزر مضيق توريس؟ (يرجى وضع علامة صح)  
☒ لا ☐ أوروبي ☐ سكان جزر مضيق توريس ☐ سكان جزر مضيق توريس

معلومات أحد الوالدين/ولي الأمر
الاسم الأول: SANDRA الاسم الأخير: SMITH
البريد الإلكتروني: parentorguardian@internetprovider.com
رقم الهاتف المنزلي: 9123 4567 رقم الهاتف: 0404 123 456

أنا/نحن، أنا/نحن، نوافق/نوافق أن نكتب على طلبك تطعيم طفلكم جدري الماء في المدرسة.

قد قرأت وفهمت المعلومات المقدمة لي حول التطعيم، بما في ذلك مخاطر العدوى والآثار الجانبية للقاح. وأقيم أنني أعطيت موافقتي على أن يلقى طفلي جرعة من لقاح جدري الماء. قد أبحث في الفرصة لاستشارة الطبيب مع أحد الوالدين على عملية التطعيم. كما أقيم بأن هذه الموافقة يمكن سحبها في أي وقت قبل أن يتم التطعيم.

☐ ع، أوافق على تطعيم طفلي بلقاح جدري الماء (يرجى وضع علامة صح)

أنا مسؤول لإعطاء الموافقة لطفلي المذكور أعلاه لكي يتم تطعيمه.

إسم أحد الوالدين أو ولي الأمر (يرجى كتابة الاسم):

توقيع أحد الوالدين أو ولي الأمر:

أو إذا لا ينبغي إعطاء اللقاح في المدرسة:

لا، أنا غير موافق على تطعيم طفلي بلقاح جدري الماء.

بعد قراءة المعلومات المقدمة، لا أود أن يتم تطعيم طفلي بلقاح جدري الماء في هذه المرة.

توقيع أحد الوالدين أو ولي الأمر:

التاريخ: / /

بيان الخصوصية: يتم تخزين بياناتك لتتبع المدارس الثانوية لتسليم السجلات من قبل الحكومة الأسترالية وحكومة فيكتوريا ويتم تقديمه من قبل مجالس البلديات المحلية بموجب قانون الصحة والعافية لعام 2008 (Public Health and Wellbeing Act 2008)، إن المجالس المحلية مسؤولة عن تنسيق وتوفير خدمات التلقيح للأطفال الذين يتبعون داخل منطقة البلدية وتلتزم المجالس المحلية بحماية خصوصية وسرية وأمن المعلومات الشخصية، وفقاً لقانون حماية الخصوصية والبيانات لعام 2014 (Health Records Act 2014) وقانون حماية المعلومات الشخصية لعام 2007 (Privacy and Data Protection Act 2014).

تقدم المجالس المحلية تفريداً من بيانات المرافقين المتعلقة من خلال البرامج المدرسية لتسهيل التسجيل الأسترالي للتطعيم المدارس (Australian School Vaccination Register (ASVR). يتم الاحتفاظ بالبيانات لتسهيل تحديد الشخصية بسرية. هذا سوف يوفر أدوات مثل أنظمة الإشعار والتذكير لتحسين معدلات التطعيم في سن المراهقة. وهذا أمر مهم لتحسين معدلات التطعيم بشكل عام. يمكن للأفراد الوصول إلى سجلهم لجميع البيانات الشخصية في سجل اللقاح الأسترالي (ASVR). قد يتم الكشف عن بيانات التطعيم الإحصائية لمجموعة فيكتوريا لغرض مراقبة والتوزيع والتوزيع وتأمين برنامج لقاح المدارس الثانوية لتسهيل التطعيم. لا تخضع هذه المعلومات حرية في فرد. المعلومات المتعلقة بكم وبشكله سيتم استخدامها أو الإحصاء عنها لأغراض تتعلق بسلامة وتقييم طفلكم، وبطرق قد تؤثرها إلى عدم حصوله وقد يمتد ذلك إلى إدخال المعلومات ذات الصلة إلى خلية طفلكم أو خلية طفلكم أو خدمات صحية علاجية أخرى أو المستشفى أو مجلس محلي آخر قد يوزع المجلس المحلي بالمعلومات المتعلقة ببرامج اللقاح المدرسية عبر الرسائل القصيرة أو البريد الإلكتروني وبمكتبكم الوصول إلى بيانات طفلكم عن طريق الاتصال بالمجلس المحلي حيث يحضر طفلكم المدرسة.

لإكمال الإجراء فقط

الأحرف الأولى من إسم الممرض (الممرضة)

تاريخ إعطاء اللقاح

للحصول على هذه الوثيقة في شكل يسهل الإطلاع عليه أرسلوا رسالة عبر البريد الإلكتروني إلى: immunisation@health.vic.gov.au

مصرح بها وصادرة عن حكومة فيكتوريا، 1 Treasury Place, Melbourne.

© وزارة الصحة، تموز/يوليو 2016 (1607016)

# إستمارة الموافقة على لقاح جذري الماء (الحماق)

يُوصى به للطلاب في الصف السابع بالمدارس الثانوية

يُرجى قراءة المعلومات.

قوموا بإكمال الإستمارة حتى إذا لم تكن هناك حاجة لإعطاء اللقاح.

إفصلوا الإستمارة وأعيدها إلى المدرسة.

## تفاصيل الطالب

رقم الميديكير:         (الرقم بجانب إسم الطفل)

إسم العائلة:  الإسم الأول:

عنوان السكن:

الرمز البريدي:  تاريخ الميلاد:  /  /  الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر

المدرسة:  المجموعة المنزلية:

هل هذا الشخص من أصل أبوروجيني أو من سكان جزر مضيق توريس؟ (يرجى وضع علامة صح)

☐ لا ☐ أبوروجيني ☐ كان جزر مضيق توريس ☐ أبوروجيني ومن سكان جزر مضيق توريس

## تفاصيل أحد الوالدين/ولي الأمر

إسم العائلة:  الإسم الأول:

البريد الإلكتروني:

رقم الهاتف أثناء النهار:  رقم الموبايل:

## الأب/ الأم/ ولي الأمر، يُرجى التوقيع إذا وافقتم على تلقي طفلكم للقاح جذري الماء في المدرسة.

لقد قرأت وفهمت المعلومات المعطاة لي حول التطعيم، بما في ذلك مخاطر المرض والآثار الجانبية للقاح. وأفهم أنني أعطي موافقتي على أن يتلقى طفلي جرعة من لقاح جذري الماء. لقد أتحت لي الفرصة لمناقشة اللقاح مع أحد القائمين على عملية التطعيم. كما أفهم بأن هذه الموافقة يمكن سحبها في أي وقت قبل أن يتم التطعيم.

☐ عم، أوافق على تطعيم طفلي بلقاح جذري الماء (يرجى وضع علامة صح)

أنا مخول لإعطاء الموافقة للطفل المذكور أعلاه لكي يتم تطعيمه.

إسم أحد الوالدين أو ولي الأمر (يرجى كتابة الإسم):

توقيع أحد الوالدين أو ولي الأمر:  التاريخ:  /  /

أو إذا لا ينبغي إعطاء اللقاح في المدرسة:

لا، أنا غير موافق على تطعيم طفلي بلقاح جذري الماء.

بعد قراءة المعلومات المقدمة، لا أود أن يتم تطعيم طفلي بلقاح جذري الماء في هذه المرة.

توقيع أحد الوالدين أو ولي الأمر:  التاريخ:  /  /

**بيان الخصوصية.** يتم تمويل برنامج لقاح المدارس الثانوية للصف السابع من قبل الحكومة الأسترالية وحكومة فيكتوريا ويتم تقديمه من قبل مجالس البلديات المحلية. بموجب قانون الصحة والعافية لعام (Public Health and Wellbeing Act 2008)، إن المجالس المحلية مسؤولة عن تنسيق وتوفير خدمات التلقيح للأطفال الذين يتعلمون داخل منطقة البلدية. وتلتزم المجالس المحلية بحماية خصوصية وسرية وأمن المعلومات الشخصية، وفقاً لقانون حماية الخصوصية والبيانات لعام 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) وقانون السجلات الصحية لعام 2001 (Health Records Act 2001).

تقدم المجالس المحلية تقريراً عن لقاحات المراهقين المُعطاة من خلال البرامج المدرسية للسجل الأسترالي لتطعيم المدارس (Australian School Vaccination Register (ASVR)). سيتم الاحتفاظ بتفاصيل تحديد الشخصية بسرية. هذا سوف يوفر أدوات مثل أنظمة الاستدعاء والتذكير لتحسين معدلات التطعيم في سن المراهقة. وهذا أمر مهم لتحسين معدلات التطعيم بشكل عام. يمكن للأفراد الوصول إلى سجلهم لجميع اللقاحات المسجلة في سجل التلقيح الأسترالي وASVR. قد يتم الكشف عن بيانات التطعيم الإجمالية لحكومة فيكتوريا لغرض المراقبة والتمويل وتحسين برنامج لقاح المدارس الثانوية للصف السابع. لا تحدد هذه المعلومات هوية أي فرد.

المعلومات المتعلقة بكم وبطفلكم سيتم استخدامها أو الإفصاح عنها لأغراض تتعلق مباشرة بتطعيم طفلكم، وبطرق قد تتوقعوها إلى حد معقول. وقد يشمل ذلك نقل أو تبادل المعلومات ذات الصلة إلى طبيبك العام، أو طبيب طفلكم، أو خدمات صحية علاجية أخرى أو المستشفى أو مجلس محلي آخر. قد يزودكم المجلس المحلي بالمعلومات المتعلقة ببرامج اللقاح المدرسي عبر الرسائل القصيرة أو البريد الإلكتروني. ويمكنكم الوصول إلى بيانات طفلكم عن طريق الاتصال بالمجلس المحلي حيث يحضر طفلكم المدرسة.

لإستعمال الإدارة فقط:

الأحرف الأولى من إسم الممرض/المرمضة:

تاريخ إعطاء اللقاح:

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

### 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.

<b>Student details</b>	
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	<input type="checkbox"/> Female <input checked="" type="checkbox"/> Male
School	BLOCK HIGH SCHOOL
Homegroup	7A
Is this person of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? (please tick)	
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aboriginal <input type="checkbox"/> Torres Strait Islander <input type="checkbox"/> Aboriginal and Torres Strait Islander	
<b>Parent/guardian contact details</b>	
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: \_\_\_\_\_