

Εμβόλιο κατά του ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)

Συνιστάται σε παιδιά στο 7^ο Έτος της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Παρακαλούμε διαβάστε τις πληροφορίες.

Συμπληρώστε το έντυπο **ακόμη και αν δεν πρόκειται να χορηγηθεί το εμβόλιο.**

Αφαιρέστε το έντυπο και επιστρέψτε το στο σχολείο.

- Ο Δήμος θα επισκεφθεί το σχολείο σύντομα για αυτό το πρόγραμμα εμβολιασμού.
- Το εμβόλιο είναι διαθέσιμο δωρεάν φέτος στο σχολείο, από γιατρό ή τοπική υπηρεσία εμβολιασμού του δήμου.
- Διαβάστε τη λίστα ελέγχου προ-εμβολιασμού και συζητήστε οποιαδήποτε ανησυχία υγείας με τον πάροχό σας εμβολιασμού πριν εμβολιαστεί το παιδί σας.
- Το παιδί σας μπορεί να χρειαστεί περισσότερες από μία ενέσεις εμβολιασμού για διαφορετικές ασθένειες την ίδια ημέρα. Δε θα αυξήσει αυτό την πιθανότητα το παιδί σας να έχει κάποια αντίδραση εμβολίου.
- Θα πρέπει να επιστρέψετε το έντυπο συγκατάθεσης στο σχολείο, ακόμη και αν δεν εμβολιαστεί το παιδί σας, καθώς αυτό βοηθά στην παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών υγείας.

Τι είναι ο ιός ανθρώπινων θηλωμάτων;

Ο HPV είναι ένας πολύ κοινός ιός σε άνδρες και γυναίκες. Είναι πολύ σύνθετος να μολύνεται κάποιος με έναν ή περισσότερους τύπους HPV λίγο μετά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι περισσότερες λοιμώξεις HPV δεν προκαλούν κανένα σύμπτωμα και απομακρύνονται από το σώμα σε λιγότερο από ένα χρόνο χωρίς το άτομο να γνωρίζει ότι μολύνθηκε. Ορισμένοι τύποι του HPV μπορούν να προκαλέσουν κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων και ορισμένες μορφές καρκίνου. Αυτοί οι καρκίνοι περιλαμβάνουν τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες, διάφορες μορφές καρκίνων στην περιοχή των γεννητικών οργάνων σε άνδρες και γυναίκες, και ορισμένες μορφών καρκίνου του στόματος και του λαιμού.

Ποια είναι τα οφέλη από τη χορήγηση του εμβολίου κατά του HPV;

Το HPV εμβόλιο GARDASIL® προστατεύει από δύο τύπους HPV οι οποίοι προκαλούν το 70 τοις εκατό του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες και το 90 τοις εκατό των καρκίνων που σχετίζονται με τον HPV στους άνδρες. Επίσης προστατεύει από δύο επιπλέον τύπους HPV που προκαλούν το 90 τοις εκατό των γεννητικών κονδυλωμάτων.

Το εμβόλιο παρέχει την καλύτερη προστασία όταν δίνεται σε κάποιο άτομο πριν γίνει σεξουαλικά δραστήριο. Το εμβόλιο προλαμβάνει τη νόσο, αλλά δεν αντιμετωπίζει τις υπάρχουσες HPV λοιμώξεις.

Πώς χορηγείται το εμβόλιο;

Το εμβόλιο κατά του HPV χορηγείται σε τρεις δόσεις με ενέσεις στο μπράτσο εντός έξι μηνών.

Πόσο καιρό θα διαρκέσει η προστασία του εμβολίου;

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει καλή συνέχιση της προστασίας κατά του ιού HPV. Οι μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη για να προσδιοριστεί αν θα είναι απαραίτητη ενισχυτική δόση στο μέλλον.

Πόσο ασφαλές είναι το εμβόλιο κατά του HPV;

Είναι ασφαλές και το ανέχεται καλά ο οργανισμός. Έχουν χορηγηθεί παγκόσμια εκατομμύρια δόσεις. Το εμβόλιο δεν περιέχει HPV, αλλά ο ιός το θεωρεί αρκετά παρόμοιο, έτσι ώστε το σώμα να παράγει αντισώματα τα οποία εμποδίζουν τη μόλυνση HPV.

Θα χρειαστούν τα κορίτσια προσυμπτωματικές εξετάσεις τραχήλου της μήτρας αργότερα στη ζωή τους;

Ναι. Επειδή το εμβόλιο δεν προλαμβάνει όλους τους τύπους των λοιμώξεων HPV που προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, οι προσυμπτωματικές εξετάσεις του τραχήλου της μήτρας θα συνεχίζουν να είναι απαραίτητες για τις γυναίκες αργότερα στη ζωή. Οι προσυμπτωματικές εξετάσεις τραχήλου της μήτρας συνιστώνται σε όλες τις γυναίκες κάθε δύο χρόνια, αρχής γενομένης από την ηλικία των 18 ετών ή δύο χρόνια μετά από όταν ξεκίνησαν να είναι σεξουαλικά δραστήριες, όποιο από τα δύο

Υπηρεσία μετάφρασης
και διερμηνείας
Καλέστε το 131 450



IMMUNISE
ΚΥΒΕΡΝΗΣΙΑ ΠΡΩΤΟΒΟΥΡΓΙΑ
ΑΠΟΧΡΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ
ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

συμβεί το αργότερο. Η διεξαγωγή τακτικών προσυμπτωματικών εξετάσεων του τραχήλου της μήτρας μειώνει περισσότερο τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Ποιες είναι οι πιθανές παρενέργειες;

Συχνές παρενέργειες

- Πόνος, κοκκινίλα και πρήξιμο στο χώρο της ένεσης
- Προσωρινό μικρό εξόγκωμα στο χώρο της ένεσης
- Χαμηλός πυρετός
- Αίσθημα αδιαθεσίας
- Πονοκέφαλος
- Μπορεί να συμβεί λιποθυμία έως και 30 λεπτά μετά από κάθε εμβολιασμό.

Αν συμβούν ελαφρές αντιδράσεις, οι παρενέργειες μπορούν να μειωθούν με:

- την κατανάλωση επιπλέον υγρών και να μη ντύνετε με πολλά ρούχα αν το άτομο έχει πυρετό
- να βάλετε ένα κρύο βρεγμένο πανί στο επώδυνο χώρο της ένεσης
- να πάρει παρακεταμόλη για να μειώσει τη δυσφορία.

Ασυνήθιστες παρενέργειες

- Εξανθήματα ή κνίδωση

Συνιστάται ότι όποιος έχει εξανθήματα ή κνίδωση μετά από ένα εμβόλιο, θα πρέπει να μιλήσει με τον πάροχο του εμβολίου του προτού κάνουν επιπλέον δόσεις του ίδιου εμβολίου.

Σπάνιες παρενέργειες

- Σοβαρή αλλεργική αντίδραση, για παράδειγμα, πρήξιμο του προσώπου, δυσκολία αναπνοής

Σε περίπτωση σοβαρής αλλεργικής αντίδρασης, θα πρέπει να παρέχεται άμεση ιατρική περίθαλψη. Αν οι αντιδράσεις είναι σοβαρές ή επίμονες, ή αν ανησυχείτε, επικοινωνήστε με το γιατρό σας ή το νοσοκομείο.

Λίστα ελέγχου προ-εμβολιασμού

Πριν το παιδί σας εμβολιαστεί, ενημερώστε το γιατρό ή το νοσηλεύτη σας εάν ισχύει οποιοδήποτε από τα παρακάτω.

- Είναι αδιάθετο την ημέρα του εμβολιασμού (θερμοκρασία πάνω από 38,5°C)
- Είχε κάποια σοβαρή αντίδραση σε οποιοδήποτε εμβόλιο
- Έχει τυχόν σοβαρές αλλεργίες, όπως αναφυλακτική αντίδραση στη μαγιά
- Είναι έγκυος.

Μετά τον εμβολιασμό παραμένετε στον τόπο του εμβολιασμού τουλάχιστον για 15 λεπτά.

Περισσότερες πληροφορίες

www.betterhealth.vic.gov.au

www.hpvvaccine.org.au

www.cancerscreening.gov.au

www.hpvregister.org.au

immunehero.health.vic.gov.au

Πώς να συμπληρώσετε το έντυπο

Παρακαλούμε διαβάστε τις πληροφορίες.

Συμπληρώστε το έντυπο **ακόμη και αν δεν πρόκειται να χορηγηθεί το εμβόλιο.**

Αφαιρέστε το έντυπο και επιστρέψτε το στο σχολείο.

Για όλα τα παιδιά

Παρακαλούμε συμπληρώστε το με τα στοιχεία του παιδιού.

Μετά

Συμπληρώστε το τμήμα αυτό αν επιθυμείτε να εμβολιαστεί το παιδί σας.

Ή

Συμπληρώστε το τμήμα αυτό αν επιθυμείτε να μην εμβολιαστεί το παιδί σας.

Για να λάβετε αυτό το έγγραφο σε μια προσβάσιμη μορφή στείλετε email στο: immunisation@health.vic.gov.au

Εγκεκριμένο και δημοσιεύεται από την Κυβέρνηση της Βικτώριας, 1 Treasury Place, Melbourne. © Υπουργείο Υγείας, Ιούλιος 2016 (1607016)

Έντυπο συγκατάθεσης εμβολίου κατά του ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)

Συμπληρώστε σε παιδί στο 7^ο Έτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Παρακαλούμε διαβάστε τις πληροφορίες.

Συμπληρώστε το έντυπο **ακόμη και αν δεν πρόκειται να χορηγηθεί το εμβόλιο.**

Αφαιρέστε το έντυπο και επιστρέψτε το στο σχολείο.

Στοιχεία μαθητή/μαθήτριας

Αρ. Medicare: **1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 3 4** (γράψτε τον αριθμό δίπλα στο όνομα του παιδιού)

Επίπλευμα: **CITIZEN** Όνομα: **MARK**

Διεύθυνση κατοικίας: **20 BLOCK STREET MELBOURNE**

Ταχυδρομικός κώδικας: **3000** Ημερομηνία γέννησης: **18 / 10 / 2000** Φύλο: Θήλυ Άρρεν

Σχολείο: **BLOCK HIGH SCHOOL** Homegroup: **7A**

Το άτομο αυτό είναι στην καταγωγή Αβορίγινας ή Νησιώτης των Στενών Τόρρες (παρακαλούμε σημειώστε)

Όχι Αβορίγινες Νησιώτες των Στενών Τόρρες Αβορίγινες και Νησιώτες των Στενών Τόρρες

Στοιχεία επαφής γονέα ή κηδεμόνα

Επίπλευμα: **CITIZEN** Όνομα: **SUSAN**

Email: **parentguardian@internetprovider.com**

Τηλεφωνικός αριθμός τηλέφωνο της ημέρας: **9123 4567** Κινητό: **0404 123 456**

Γονείς/κηδεμόνα, παρακαλούμε υπογράψτε αν συμφωνείτε να χορηγηθεί στο παιδί σας το εμβόλιο κατά του ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) στο σχολείο.

Εάν διαβάζετε και καταλάβετε τις πληροφορίες που μου δόθηκαν σχετικά με τον εμβολιασμό, συμπληρωμένων των κενών της νόσου και τις παρενέργειες του εμβολίου. Καταλαβαίνω ότι είναι η συγκατάθεση μου για τρεις δόσεις του εμβολίου κατά του HPV που θα χορηγηθούν εντός μιας περιόδου τεσσάρων ως έξι μηνών. Μου δόθηκε η ευκαιρία να συζητήσω το εμβόλιο με έναν πάροχο εμβολιασμών. Καταλαβαίνω ότι η συγκατάθεση μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή πριν από τη χορήγηση του εμβολιασμού. Καταλαβαίνω ότι ο πάροχος εμβολιασμών θα καταγράφει τα στοιχεία του εμβολιασμού και ότι τα στοιχεία εμβολιασμού του παιδιού μου θα διαβιβαστούν στο Μητρώο του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμού HPV.

ΝΑΙ, ΣΥΓΚΑΤΑΒΕΤΩ στη χορήγηση του εμβολίου κατά του ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) (παρακαλούμε σημειώστε)

Είμαι εξουσιοδοτημένος/ή να δίνω συγκατάθεση για εμβολιασμό στο προαναφερόμενο παιδί.

Όνοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα (παρακαλούμε με κεφαλαία):

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: _____ Ημερομηνία: / /

Όχι, Δε δίνω τη συγκατάθεσή μου σε εμβολιασμούς κατά του HPV.

Κατόπιν ανάγκης των παραρτημάτων πληροφοριών, δε θέλω το παιδί μου να εμβολιαστεί με τα εμβόλια HPV.

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: _____ Ημερομηνία: / /

Δήλωση προσωπικού ασφαλείας: Το Πρόγραμμα Εμβολιασμού του 7^{ου} Έτους Γενικού σχολείου βασίζεται από τις κυβερνήσεις της Αυστραλίας και της Βικτωρίας και χρηματοδοτείται από τους τοπικούς δήμους. Σύμφωνα με το Νόμο περί Άρθρων Υγείας και Ευεξίας 2008 (Public Health and Wellbeing Act 2008) οι τοπικοί δήμοι είναι αρμόδιοι για το συντονισμό και τη χορήγηση υπηρεσιών εμβολιασμού στα παιδιά που σπουδάζουν κατά τις δευτερεύουσες. Οι τοπικοί δήμοι είναι αρμόδιοι να προστατεύουν την ιδιότητα του ιδιαιτέρως, την εμπιστευτικότητα και την ακεραιότητα των προσωπικών πληροφοριών σύμφωνα με το Νόμο περί Προστασίας Θεωρητικής και Προσωπικών Δεδομένων 2014 (Privacy and Data Protection Act 2014) και με το Νόμο περί Άρθρων Υγείας 2007 (Health Records Act 2007).

Οι τοπικοί δήμοι αναφέρουν όλα τα εμβόλια που χορηγούνται σε σχολεία μέσω των σχολικών προγραμμάτων στο Αυστραλικό Μητρώο Εμβολιασμών Σχολείων (Australian School Vaccination Register). Το προσωπικό ασφαλείας θα παραμένει εμπιστευτικό. Αυτό θα πάρει κερτάκια όπως συστήματα ασφαλείας και υπεύθυνος για τη βελτίωση των ποσοτήτων εμβολιασμού των σχολείων. Αυτό είναι σημαντικό για τη συνολική βελτίωση των ποσοτήτων εμβολιασμού. Τα άτομα θα έχουν πρόσβαση στο αρχείο τους για όλα τα εμβόλια που καταχωρήθηκαν στο Αυστραλικό Μητρώο Εμβολιασμών και στο ASVR. Συγκεκριμένα, δίδονται εμβόλια μέχρι οι κηδεμόνες/γονείς να κληθούν για συζήτηση με τον πάροχο της προσωπικής τους χρηματοδότησης και της βελτίωσης του Προγράμματος Εμβολιασμού του 7^{ου} Έτους Γενικού. Αυτός οι πληροφορίες δεν ταυτοποιούν κανένα άτομο.

Τις πληροφορίες σχετικά με αυτό, ή το παιδί σας, θα χρησιμοποιήσουν ή θα κοινοποιηθούν για λόγους που σχετίζονται άμεσα με τον εμβολιασμό του παιδιού σας και με τρόπους που καλύτερα θα ασφαλιστεί. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη μεταφορά ή την αλλαγή των σχολικών πληροφοριών με τον οικογενειακό σας γράφο, ή την επικοινωνία με τον πάροχο της υγείας ή με άλλους υπεύθυνους περίθαλψης υγείας ή σε νοσοκομείο ή άλλο τοπικό έργο. Ο τοπικός έργο μπορεί να σας δώσει πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα του σχολείου εμβολιασμού μέσω SMS ή email. Μπορείτε να απαντήσετε πρόσβαση στα δεδομένα του παιδιού σας, επικοινωνώντας με τον τοπικό έργο που είναι το σχολείο του ηγέμενο το παιδί σας.

Μόνο για διακριτική χρήση: _____ Ημερομηνία 2^{ης} δόσης: _____ Αρχικά νοσηλεύτη: _____

Ημερομηνία 1^{ης} δόσης: _____ Αρχικά νοσηλεύτη: _____ Ημερομηνία 3^{ης} δόσης: _____ Αρχικά νοσηλεύτη: _____

Έντυπο συγκατάθεσης εμβολίου κατά του ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)

Συστήνεται σε παιδιά στο 7^ο Έτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Παρακαλούμε διαβάστε τις πληροφορίες.

Συμπληρώστε το έντυπο **ακόμη και αν δεν πρόκειται να χορηγηθεί το εμβόλιο.**

Αφαιρέστε το έντυπο και επιστρέψτε το στο σχολείο.

Στοιχεία μαθητή/μαθήτριας

Αρ. Medicare: (γράψτε τον αριθμό δίπλα στο όνομα του παιδιού)

Επώνυμο: Όνομα:

Διεύθυνση κατοικίας:

Ταχυδρομικός κώδικας: Ημερομηνία γέννησης: / / Φύλο: Θήλυ Άρρεν

Σχολείο: Homegroup:

Το άτομο αυτό είναι στην καταγωγή Αβορίγινας ή Νησιώτης των Στενών Τόρρες; (παρακαλούμε σημειώστε)

Όχι Αβορίγινας Νησιώτης των Στενών Τόρρες Αβορίγινας και Νησιώτης των Στενών Τόρρες

Στοιχεία επαφής γονέα ή κηδεμόνα

Επώνυμο: Όνομα:

Email:

Τηλεφωνικός αριθμός τη διάρκεια της ημέρας: Κινητό:

Γονέα/κηδεμόνα, παρακαλούμε υπογράψετε αν συμφωνείτε να χορηγηθεί στο παιδί σας το εμβόλιο κατά του ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) στο σχολείο.

Έχω διαβάσει και καταλάβει τις πληροφορίες που μου δόθηκαν σχετικά με τον εμβολιασμό, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων της νόσου και τις παρενέργειες του εμβολίου. Καταλαβαίνω ότι δίνω τη συγκατάθεσή μου για τρεις δόσεις του εμβολίου κατά του HPV που θα χορηγηθούν εντός μιας περιόδου τεσσάρων ως έξι μηνών. Μου δόθηκε η ευκαιρία να συζητήσω το εμβόλιο με έναν πάροχο εμβολιασμών. Καταλαβαίνω ότι η συγκατάθεση μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή πριν από τη χορήγηση του εμβολιασμού. Καταλαβαίνω ότι ο πάροχος εμβολιασμών θα καταγράψει τα στοιχεία του εμβολιασμού και ότι τα στοιχεία εμβολιασμού του παιδιού μου θα διαβιβαστούν στο Μητρώο του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμού HPV.

ΝΑΙ, ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΤΩ στη χορήγηση του εμβολίου κατά του ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) (παρακαλούμε σημειώστε)

Είμαι εξουσιοδοτημένος/η να δίνω συγκατάθεση για εμβολιασμό στο προαναφερόμενο παιδί.

Όνοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα (παρακαλούμε με κεφαλαία):

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: Ημερομηνία / /

Όχι. Δε δίνω τη συγκατάθεσή μου σε εμβολιασμούς κατά του HPV.

Κατόπιν ανάγνωσης των παρασχεθέντων πληροφοριών, δε θέλω το παιδί μου να εμβολιαστεί με τα εμβόλια HPV.

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: Ημερομηνία / /

Δήλωση προσωπικού απορρήτου. Το Πρόγραμμα Εμβολιασμού του 7^{ου} Έτους Γυμνασίου χρηματοδοτείται από τις κυβερνήσεις της Αυστραλίας και της Βικτώριας και χορηγείται από τους τοπικούς δήμους. Σύμφωνα με το *Νόμο περί Δημόσιας Υγείας και Ευεξίας 2008 [Public Health and Wellbeing Act 2008]*, οι τοπικοί δήμοι είναι αρμόδιοι για το συντονισμό και τη χορήγηση υπηρεσιών εμβολιασμού στα παιδιά που σπουδάζουν εντός της δημοτικής περιοχής. Οι τοπικοί δήμοι είναι δεσμευμένοι να προστατεύουν την ιδιωτική ζωή, την εμπιστευτικότητα και την ασφάλεια των προσωπικών πληροφοριών, σύμφωνα με το *Νόμο περί Προστασίας Ιδιωτικότητας και Προσωπικών Δεδομένων 2014 [Privacy and Data Protection Act 2014]* και με το *Νόμο περί Αρχείων Υγείας 2001 [Health Records Act 2001]*.

Οι τοπικοί δήμοι αναφέρουν όλα τα εμβόλια που χορηγούνται σε εφήβους μέσω των σχολικών προγραμμάτων στο Αυστραλιανό Μητρώο Εμβολιασμών Σχολείων (ASVR) [Australian School Vaccination Register]. Τα προσωπικά στοιχεία ταυτοποίησης θα παραμείνουν εμπιστευτικά. Αυτό θα παρέχει εργαλεία όπως συστήματα ανάκλησης και υπενθύμισης για τη βελτίωση των ποσοστών εμβολιασμού των εφήβων. Αυτό είναι σημαντικό για τη συνολική βελτίωση των ποσοστών εμβολιασμού. Τα άτομα θα έχουν πρόσβαση στο αρχείο τους για όλα τα εμβόλια που καταχωρούνται στο Αυστραλιανό Μητρώο Εμβολιασμών και στο ASVR. Συγκεντρωτικά δεδομένα εμβολιασμού μπορεί να κοινοποιηθούν στην κυβέρνηση της Βικτώριας για το σκοπό της παρακολούθησης της χρηματοδότησης και της βελτίωσης του Προγράμματος Εμβολιασμού του 7ου Έτους Γυμνασίου. Αυτές οι πληροφορίες δεν ταυτοποιούν κανένα άτομο.

Πληροφορίες σχετικά με εσάς ή το παιδί σας θα χρησιμοποιηθούν ή θα κοινοποιηθούν για λόγους που σχετίζονται άμεσα με τον εμβολιασμό του παιδιού σας, και με τρόπους που εύλογα θα αναμένετε. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη μεταφορά ή την ανταλλαγή των σχετικών πληροφοριών με τον οικογενειακό σας γιατρό (GP), στον GP του παιδιού σας, σε μια άλλη υπηρεσία περίθαλψης υγείας ή σε νοσοκομείο ή άλλο τοπικό δήμο. Ο τοπικός δήμος μπορεί να σας δώσει πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα του σχολικού εμβολιασμού μέσω SMS ή email. Μπορείτε να αποκτήσετε πρόσβαση στα δεδομένα του παιδιού σας, επικοινωνώντας με τον τοπικό δήμο που είναι το σχολείο που πηγαίνει το παιδί σας.

Μόνο για διοικητική χρήση:

Ημερομηνία 1^{ης} δόσης:

Αρχικά νοσηλεύτη:

Ημερομηνία 2^{ης} δόσης:

Ημερομηνία 3^{ης} δόσης:

Αρχικά νοσηλεύτη:

Αρχικά νοσηλεύτη:

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



i m m u n i s e
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 8 (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: parentguardian@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: