Служба здравоохранения штата Новый Южный Уэльс

Вакцина против дифтерии, столбняка и коклюша (dTpa)

Информационный листок для родителей

Правительство Австралии предоставляет некоторые вакцины для подростков бесплатно в рамках Национальной программы иммунизации (NIP).

В. Что такое дифтерия, столбняк и коклюш?

Дифтерия — это бактериальная инфекция, которая легко распространяется и может вызывать проблемы с дыханием, язвы на коже или воспаление сердечной мышцы или нервов.

Столбняк — опасное заболевание, вызываемое бактерией. Оно поражает нервы и может вызвать болезненные мышечные спазмы, тризм и другие осложнения, такие как пневмония или переломы костей (из-за мышечных спазмов).

Коклюш — бактериальная инфекция, вызывающая сильный кашель и затрудненное дыхание. У младенцев это может быть опасно для жизни. У детей старшего возраста и взрослых кашель может длиться месяцами.

В. Как распространяются эти заболевания?

Дифтерия распространяется через кашель, чихание или контакт с выделениями изо рта, носа или кожи инфицированного человека.

Столбняк вызывается бактериями в почве. Они проникают в организм через порезы, царапины или раны, загрязненные грязью, пылью или навозом.

Коклюш распространяется воздушно-капельным путем при кашле или чихании. Без лечения человек может распространять инфекцию в течение трех недель после начала кашля.

В. Как действуют вакцины?

Вакцины помогают вашей иммунной системе бороться с инфекциями. Если вакцинированный человек подвергается воздействию этих инфекций, его иммунная система может лучше с ними бороться, либо предотвращая развитие заболевания, либо делая его менее тяжелым.

В. Насколько эффективна вакцина?

Вакцина очень эффективна в профилактике дифтерии и столбняка и примерно на 80% эффективна против коклюша.

В. Сколько доз необходимо моему ребенку?

Если ваш ребенок прошел курс из трех доз, ему необходимо сделать одну ревакцинацию **вакциной dTpa** в возрасте 12–13 лет, чтобы оставаться защищенным до ранней взрослой жизни.

Если ваш ребенок никогда не был привит от дифтерии, столбняка и коклюша, ему потребуется ввести 3 дозы вакцины против дифтерии и столбняка. По крайней мере одна из доз вакцины должна также защитить от коклюша, при этом интервал между дозами должен составлять не менее четырех недель.

В. Кому следует сделать эту прививку?

Всем подросткам следует получить одну дозу **вакцины dTpa** для защиты от дифтерии, столбняка и коклюша.

Эта ревакцинация важна для поддержания иммунитета после более ранних детских вакцинаций. Если ваш ребенок ранее был вакцинирован против дифтерии и столбняка, он все равно может получить вакцину dTpa для дополнительной защиты от коклюша.

В. Кому не следует делать прививку?

Не делайте прививку тем, у кого была:

- **сильная аллергическая реакция (анафилаксия) на предыдущую дозу;**
- **сильная аллергическая реакция на компонент вакцины.**

В. Можно ли вакцинироваться беременным женщинам?

Да. Беременным женщинам следует делать прививку между 20 и 32 неделями каждой беременности, это может помочь защитить ребенка в первые месяцы его жизни.

Если человек не проходит вакцинацию в школе или центре интенсивного обучения английского языка (IEC), ему необходимо будет сделать прививку

у врача-терапевта (GP) или в аптеке. В день вакцинации медсестры спросят учащихся женского пола, беременны ли они или могут ли они быть беременны. Если учащаяся ответит утвердительно, ей не сделают прививку. Ей посоветуют поговорить с родителями или врачом и предоставят контактные данные службы поддержки.

В. Насколько безопасны вакцины?

Вакцины в Австралии весьма безопасны. Перед одобрением Управления по контролю за оборотом терапевтических товаров (TGA) они должны пройти строгие проверки безопасности. TGA также контролирует безопасность вакцин после использования.

В. Что входит в состав вакцины?

В состав вакцины входят небольшие количества:

- **гидроксида и фосфата алюминия;**
- **формальдегида;**
- **полисорбата 80;**
- **глицина.**

В процессе производства она также подвергается воздействию материалов, полученных от крупного рогатого скота.

В. Каковы побочные эффекты вакцины?

Легкие побочные эффекты встречаются часто и могут включать:

- **покраснение, припухлость или боль в месте укола;**
- **высокую температуру.**

Серьёзные побочные эффекты возникают очень редко.

Для получения более подробной информации ознакомьтесь с информацией о лекарственных средствах для потребителей (CMI) на сайте health.nsw.gov.au/schoolvaccination. Если вас волнуют побочные эффекты, посоветуйтесь с врачом – терапевтом (GP).

В. Что такое анафилаксия?

Анафилаксия — очень редкая, но тяжелая аллергическая реакция. Если не оказать срочную помощь, это может привести к потере сознания или смерти. Специалисты по иммунизации обучены справляться с анафилаксией.

В. Что делать, если у человека возникла реакция на предыдущую вакцину?

Если у человека не было немедленной тяжелой аллергической реакции на предыдущую вакцину, ему можно безопасно сделать прививку dTpa.

В. Кто может дать согласие и можно ли его отозвать?

Родители или опекуны должны дать согласие на прививку учащимся младше 18 лет. Учащиеся в возрасте 18 лет и старше могут дать свое собственное согласие, подписав форму согласия (Consent Form).

Вы можете отозвать свое согласие в любое время, написав или позвонив в школу.

В. Что если мне подождать, пока мой ребенок подрастет?

Вакцинация dTpa проводится в школе только в том случае, если вы вернете подписанную форму согласия, пока ваш ребенок учится в центре интенсивного изучения английского языка или в 7-м классе обычной школы. Если вы решите подождать, вам необходимо договориться о вакцинации с лечащим врачом или аптекой.

В. Что делать, если мой ребенок пропустил вакцинацию из-за болезни или отсутствия?

Если ваш ребенок пропустил вакцинацию в школе, как можно скорее организуйте ее проведение. В некоторых школах проводятся дополнительные сессии по вакцинации. В противном случае школа предоставит вашему врачу-терапевту или аптекарю письмо для прохождения курса.

В. Как я могу получить доступ к данным о вакцинации моего ребенка?

Данные о вакцинации вашего ребенка будут добавлены в Австралийский реестр иммунизации (AIR).

Родители могут запрашивать выписку из карты профилактических прививок своего ребенка до тех пор, пока ребенку не исполнится 14 лет. Учащиеся в возрасте 14 лет и старше могут запросить собственную карту профилактических прививок. Вы можете получить к ней доступ:

- **через вашу учетную запись Medicare в Интернете на сайте my.gov.au;**
- **с помощью приложения Medicare Express Plus: servicesaustralia.gov.au/express-plus-mobile-apps;**
- **позвонив на линию общих справок AIR по телефону 1800 653 809.**

В. Что произойдет с данными моего ребенка?

Информация, содержащаяся в форме согласия, является конфиденциальной и защищена законом. Она будет внесена в Реестр иммунизации Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса и связана с AIR, чтобы ее можно было посмотреть на сайте MyGov.

В. Где я могу найти более подробную информацию о вакцинации в школах?

Более подробную информацию вы можете найти:

- **на сайте Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса: health.nsw.gov.au/schoolvaccination;**
- **позвонив в местное отделение общественного здравоохранения по телефону 1300 066 055.**

Ваши следующие шаги:

- Если вы хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку от дифтерии, столбняка и коклюша, заполните и подпишите форму согласия. Отдайте ее ребенку для передачи в школу.
- Если вы не хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку, не давайте согласия.

Вакцина против дифтерии, столбняка и коклюша (dTpa)

Октябрь 2024 г. © NSW Health. SHPN (HP NSW) 240751-1.

NSW GOVERNMENT

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

240751-2

Согласие на вакцинацию от дифтерии, столбняка и коклюша (dTpa)

NSW GOVERNMENT

Русский | Russian

Заполняется родителем (опекуном). Пожалуйста, заполните печатными **ЗАГЛАВНЫМИ** буквами, ручкой с **черными** или **синими** чернилами.

1. Данные учащегося (ейся)

Фамилия

Имя, второе имя (если имеется)

Дата рождения / / 2 0

Пол
- Мужской
- Женский
- Неопределенный/ Интерсекс/ Не указано

Класс

Название школы

Номер карты Medicare

Номер рядом с именем вашего ребенка на карте Medicare

2. Принадлежность к коренным народностям

- Нет
- Да, представитель(ница) коренных народностей (абориген)
- Да, уроженец(ка) островов Торресова пролива
- Да, и абориген(ка), и уроженец(ка) островов Торресова пролива.

3. Ваши данные – родитель или законный опекун

Я прочитал(а) и понял(а) предоставленную информацию относительно преимуществ и возможных побочных эффектов вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша (dTpa).

Настоящим я даю согласие на вакцинацию моего ребенка, указанного выше, тремя дозами вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша (dTpa).

Я заявляю, что, насколько мне известно, мой ребенок:

1. Не имел анафилактической реакции после какой-либо вакцины.
2. Не имеет анафилактической чувствительности ни к одному из компонентов вакцины, перечисленных в прилагаемом информационном листке для родителей.
3. Не беременна.

Имя,фамилия родителя (опекуна) (например, JOHN SMITH)

Домашний адрес (например, 5 SMITH LANE)

Район

Почтовый индекс

Номер мобильного телефона

Альтернативный номер телефона (включая код города, например, 02)

Подпись родителя/опекуна

X

Дата / / 2 0

Sample

Запись о вакцинации dTpa

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

1-Я ДОЗА

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

2-Я ДОЗА

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

3-Я ДОЗА

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

Заметки медсестры

Причина отсутствия вакцинации

- ☐ Отсутствует
- ☐ Отказался(ась)
- ☐ Нездоров(а)
- ☐ Нет подписи
- ☐ Согласие отозвано
- ☐ Иное

Запись о вакцинации против дифтерии, столбняка и коклюша (dTpa) 1-Я ДОЗА

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __

Запись о вакцинации против дифтерии, столбняка и коклюша (dTpa) 2-Я ДОЗА

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __

Дифтерия, столбняк и коклюш (dTpa) Запись о вакцинации 3-Я ДОЗА

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __

Sample

Служба здравоохранения штата Новый Южный Уэльс

Вакцина против гепатита B

Информационный листок для родителей

Правительство Австралии предоставляет некоторые вакцины бесплатно в рамках Национальной программы иммунизации (NIP).

В. Что такое гепатит B?

Гепатит B — это вирус, который может вызывать высокую температуру, желтуху и плохое самочувствие. Это может привести к поражению печени (циррозу) или раку печени. Некоторые люди могут не знать, что у них гепатит B, и могут передавать его другим.

В. Как распространяется гепатит B?

Гепатит B распространяется:

- **при рождении (от инфицированной матери к ребенку);**
- **через контакт с открытыми язвами или ранами;**
- **через небезопасный секс;**
- **через травмы от укола иглой;**
- **через нанесение татуировок или пирсинга с использованием нечистого оборудования;**
- **через совместное использование игл.**

В. Как действуют вакцины?

Вакцины помогают вашей иммунной системе бороться с инфекциями. Если вакцинированный человек подвергается воздействию этих инфекций, его иммунная система может лучше с ними бороться, либо предотвращая развитие заболевания, либо делая его менее тяжелым.

В. Насколько эффективна вакцина против гепатита B?

Вакцина против гепатита B обеспечивает надежную защиту от вируса.

В. Сколько доз необходимо?

- **Детям и подросткам в возрасте 10–19 лет необходимы 3 детские дозы или;**
- **Детям и подросткам в возрасте 11–15 лет можно ввести 2 дозы вакцины для взрослых, если они не были вакцинированы в младенчестве или детстве.**

В. Кому следует сделать прививку?

Всем детям и подросткам, не получившим полный курс вакцинации против гепатита B, необходимо сделать прививку.

В. Кому не следует делать прививку?

Не делайте прививку:

- **тем, у кого была тяжелая аллергическая реакция (анафилаксия) на предыдущую дозу или компонент вакцины;**
- **беременным.**

В. Насколько безопасны вакцины?

Вакцины в Австралии весьма безопасны. Перед одобрением Управления по контролю за оборотом терапевтических товаров (TGA) они должны пройти строгие проверки безопасности. TGA также контролирует безопасность вакцин после использования.

В. Что входит в состав вакцины против гепатита B?

В состав вакцины входят:

- **гидроксид алюминия, чтобы помочь ее действию;**
- **дрожжевые белки (могут присутствовать);**
- **материалы, полученные из крупного рогатого скота (могут присутствовать).**

В. Каковы побочные эффекты вакцины?

Побочные эффекты обычно незначительны и могут включать:

- **боль, покраснение или припухлость в месте укола.**

Серьёзные побочные эффекты возникают очень редко.

Для получения более подробной информации ознакомьтесь с информацией о лекарственных средствах для потребителей (CMI) на сайте health.nsw.gov.au/schoolvaccination. Если вас беспокоят вопросы о побочных эффектах, обратитесь к вашему врачу-терапевту (GP).

В. Что такое анафилаксия?

Анафилаксия — очень редкая, но серьезная аллергическая реакция. Если не оказать срочную помощь, это может привести к потере сознания или смерти. Специалисты по иммунизации обучены справляться с анафилаксией.

В. Что делать, если у меня нет карты профилактических прививок или я не помню, был ли мой ребенок вакцинирован?

Вашему ребенку безопасно пройти еще один курс вакцинации против гепатита B.

В. Могут ли беременные учащиеся вакцинацию?

Нет. Беременным учащимся не следует делать прививку.

В день вакцинации медсестры спросят учащихся женского пола, беременны ли они или могут ли они быть беременны. Если учащаяся ответит утвердительно, ей не сделают прививку. Ей посоветуют поговорить с родителями или врачом и предоставят контактные данные службы поддержки.

В. Кто может дать согласие и можно ли его отозвать?

Родители или опекуны должны дать согласие на прививку учащимся младше 18 лет. Учащиеся в возрасте 18 лет и старше могут дать свое собственное согласие, подписав форму согласия (Consent Form).

Вы можете отозвать свое согласие в любое время, написав или позвонив в школу.

В. Что делать, если мой ребенок пропустил вакцинацию из-за болезни или отсутствия?

Если ваш ребенок пропустил вакцинацию в школе, как можно скорее организуйте ее проведение. В некоторых школах проводятся дополнительные сессии по вакцинации. В противном случае школа предоставит вашему врачу-терапевту или аптекарю письмо для прохождения курса.

В. Как я могу получить доступ к данным о вакцинации моего ребенка?

Данные о вакцинации вашего ребенка будут добавлены в Австралийский реестр иммунизации (AIR).

Родители могут запрашивать выписку из карты профилактических прививок своего ребенка до тех пор, пока ребенку не исполнится 14 лет. Учащиеся в возрасте 14 лет и старше могут запросить собственную карту профилактических прививок. Вы можете получить к ней доступ:

- **через вашу учетную запись Medicare в Интернете на сайте my.gov.au;**
- **с помощью приложения Medicare Express Plus: servicesaustralia.gov.au/express-plus-mobile-apps;**
- **позвонив на линию общих справок AIR по телефону 1800 653 809.**

В. Что произойдет с данными моего ребенка?

Информация, содержащаяся в форме согласия, является конфиденциальной и защищена законом. Она будет внесена в Реестр иммунизации Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса и связана с AIR, чтобы ее можно было посмотреть на сайте MyGov.

В. Где я могу найти более подробную информацию о вакцинации в школах?

Более подробную информацию вы можете найти:

- **на сайте Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса: health.nsw.gov.au/schoolvaccination;**
- **позвонив в местное отделение общественного здравоохранения по телефону 1300 066 055.**

Ваши следующие шаги:

- Если вы хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку от гепатита B, заполните и подпишите форму согласия. Отдайте ее ребенку для передачи в школу.
- Если вы не хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку, не давайте согласия.

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

240753-2

Sample

Согласие на вакцинацию против гепатита B

NSW GOVERNMENT

Русский | Russian

Заполняется родителем (опекуном). Пожалуйста, заполните печатными **ЗАГЛАВНЫМИ** буквами, ручкой с **черными** или **синими** чернилами.

1. Данные учащегося (ейся)

Фамилия

Имя, второе имя (если имеется)

Дата рождения / / 2 0

Пол
- Мужской
- Женский
- Неопределенный/ Интерсекс/ Не указано

Класс

Название школы

Номер карты Medicare

Номер рядом с именем вашего ребенка на карте Medicare

2. Принадлежность к коренным народностям

- Нет
- Да, представитель(ница) коренных народностей (абориген)
- Да, уроженец(ка) островов Торресова пролива
- Да, и абориген(ка), и уроженец(ка) островов Торресова пролива.

3. Ваши данные – родитель или законный опекун

Я прочитал(а) и понял(а) предоставленную информацию относительно преимуществ и возможных побочных эффектов вакцины против гепатита B.

Настоящим я даю согласие на вакцинацию моего ребенка, указанного выше, двумя-тремя дозами вакцины против гепатита B.

Я заявляю, что, насколько мне известно, мой ребенок:

1. Не имел анафилактической реакции после какой-либо вакцины.
2. Не имеет анафилактической чувствительности ни к одному из компонентов вакцины, перечисленных в прилагаемом информационном листке для родителей.
3. Не беременна.

Имя,фамилия родителя (опекуна) (например, JOHN SMITH)

Домашний адрес (например, 5 SMITH LANE)

Район

Почтовый индекс

Номер мобильного телефона

Альтернативный номер телефона (включая код города, например, 02)

Подпись родителя/опекуна

X

Дата / / 2 0

Гепатит B
Запись о вакцинации

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

1-Я ДОЗА

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

2-Я ДОЗА

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

3-Я ДОЗА

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

Заметки медсестры

Причина отсутствия вакцинации

- ☐ Отсутствует
- ☐ Отказался(ась)
- ☐ Нездоров(а)
- ☐ Нет подписи
- ☐ Согласие отозвано
- ☐ Иное

Запись о вакцинации против гепатита B — 1-Я ДОЗА

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __

Запись о вакцинации против гепатита B — 2-Я ДОЗА

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __

Запись о вакцинации против гепатита B — 3-Я ДОЗА

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __

Sample

Служба здравоохранения штата Новый Южный Уэльс

Вакцина против вируса папилломы человека (HPV)

Информационный листок для родителей

Правительство Австралии предоставляет некоторые вакцины для подростков бесплатно в рамках Национальной программы иммунизации (NIP).

В. Что такое HPV и как он распространяется?

HPV (вирус папилломы человека) — распространенный вирус, поражающий как мужчин, так и женщин. Он передается через генитальный контакт во время секса с носителем вируса. Вирус проникает через крошечные повреждения кожи и не распространяется через кровь или другие жидкости организма. Презервативы обеспечивают ограниченную защиту, поскольку они не покрывают всю кожу гениталий.

Не все типы HPV вызывают симптомы. Многие люди с HPV не знают об этом.

Некоторые типы HPV вызывают появление бородавок на теле, в том числе на половых органах (вульве, влагалище, шейке матки, половом члене, мошонке, анусе и промежности). Бородавки обычно безболезненны, но могут вызывать зуд или дискомфорт. Эти типы называются «низко-рисковыми», поскольку они не вызывают рак.

Другие типы HPV, называемые типы «высокого риска», могут вызывать рост аномальных клеток. Если заболевание не лечить, эти клетки могут превратиться в рак.

HPV высокого риска являются причиной:

- **почти всех раковых заболеваний шейки матки;**
- **90% случаев рака анального канала;**
- **78% случаев рака влагалища;**
- **60% случаев рака горла;**
- **25% случаев рака вульвы;**
- **50% случаев рака полового члена.**

Вакцинация мужчин предотвращает возникновение рака и бородавок у мужчин, а также помогает защитить женщин от рака шейки матки.

В. Как действуют вакцины?

Вакцины помогают вашей иммунной системе бороться с инфекциями. Если вакцинированный человек подвергается воздействию этих инфекций, его иммунная система может лучше с ними бороться, либо предотвращая развитие заболевания, либо делая его менее тяжелым.

В. Какая вакцина будет использоваться?

Вакцина против HPV защищает от девяти типов HPV: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 и 58.

В. Сколько доз вакцины против HPV необходимо?

Исследования показывают, что одна доза вакцины против HPV обеспечивает такую же защиту, как и две дозы. Исходя из этого, в Австралии теперь используется программа вакцинации с одной дозой.

Некоторым подросткам со слабой иммунной системой требуется три дозы. Вторую дозу следует ввести через 2 месяца после первой, а третью дозу — через 4 месяца после второй.

К лицам со слабой иммунной системой относятся:

- **лица с нарушениями иммунной системы;**
- **ВИЧ-инфицированные;**
- **страдающие раковыми заболеваниями;**
- **лица с пересаженными органами;**
- **страдающие аутоиммунными заболеваниями;**
- **проходящие сильную иммуносупрессивную терапию (но не по поводу заболеваний селезенки).**

В. Что делать, если мой ребенок уже получил одну дозу?

Если ваш ребенок уже получил одну дозу, вторая ему не нужна. Он(а) полностью вакцинирован(а).

Вакцинированным женщинам по-прежнему необходимо регулярно проходить обследование шейки матки (ранее — мазок Папаниколау, Pap smear). Вакцина против HPV не защищает от всех типов HPV. Женщинам в возрасте 25 лет и старше следует проходить скрининговое обследование шейки матки каждые 5 лет, даже если они вакцинированы.

В. Кому следует пройти вакцинацию против HPV?

Всем учащимся 7-го класса и детям в возрасте 12 лет и старше следует получить одну дозу вакцины против HPV.

В. Кому не следует делать прививку от HPV?

Вакцину против HPV не следует вводить:

- **беременным или тем, кто допускает, что они беременны;**
- **тем, у кого была тяжелая аллергическая реакция (анафилаксия) на предыдущую вакцину против HPV или ее компоненты;**
- **тем, у кого есть аллергия на дрожжи.**

В. Насколько эффективна вакцина против HPV?

Вакцина против HPV защищает от высоко-онкогенных типов HPV, которые вызывают более 90% случаев рака шейки матки у женщин. Он также защищает от других типов HPV, вызывающих рак у мужчин.

Исследования показывают, что вакцина обеспечивает почти 100% защиту даже спустя 10+ лет после вакцинации. С момента начала программы вакцинации произошло следующее:

- **Серьезные аномалии шейки матки в вакцинированных возрастных группах снизились на 50%;**
- **Случаи генитальных бородавок у молодых людей в возрасте до 21 года снизились на 90%.**

Рак шейки матки развивается в течение 10+ лет, поэтому для того, чтобы полностью продемонстрировать влияние вакцины на показатели заболеваемости раком шейки матки, потребуется время. Уровень заболеваемости раком шейки матки уже значительно снизился благодаря Национальной программе скрининга шейки матки (начатой в 1991 году) и программе вакцинации против HPV (начатой в 2007 году).

В. Что входит в состав вакцины против HPV?

Вакцина против HPV содержит дрожжи, алюминиевый адъювант, хлорид натрия, L-гистидин, полисорбат и борат натрия. Они включены в состав в небольших количествах, чтобы помочь вакцине действовать или сохранить ее.

В. Насколько безопасны вакцины?

Вакцины, используемые в Австралии, безопасны. Они должны пройти строгие испытания на безопасность перед получением одобрения со стороны Управления по контролю за оборотом терапевтических товаров (TGA). TGA также контролирует безопасность вакцин после использования.

В. Каковы побочные эффекты вакцины против HPV?

Побочные эффекты обычно незначительны и включают боль, отек или покраснение в месте укола. Обычно они проходят через несколько дней. Серьёзные побочные эффекты возникают очень редко.

Более подробную информацию о побочных эффектах можно найти в разделе «Информация о лекарственных средствах для потребителей» (CMI) на сайте health.nsw.gov.au/schoolvaccination .

Если вас беспокоят вопросы о побочных эффектах, обратитесь к вашему врачу-терапевту (GP). Можно также сообщить о побочных эффектах в местное отделение общественного здравоохранения.

В. Что такое анафилаксия?

Анафилаксия — это тяжелая аллергическая реакция, которая может привести к потере сознания или смерти, если не оказать срочной помощи. После вакцинации это случается очень редко. Специалисты по вакцинации обучены лечить анафилаксию в случае ее возникновения.

В. Что если мне подождать, пока мой ребенок подрастет?

Вакцинация против HPV наиболее эффективна, если ее проводить до того, как ребенок начнет половую жизнь. Вакцинацию можно проводить в школе только в том случае, если вы вернете подписанную форму согласия, пока ваш ребенок еще учится в школе. Если вы отложите прививку, вам придется договориться о вакцинации с врачом-терапевтом (GP) или фармацевтом.

В. Потребуется ли моей дочери пройти скрининг шейки матки?

Да. Вакцинированным женщинам по-прежнему необходимо регулярно проходить обследование шейки матки (ранее — мазок Папаниколау, Pap smear). Вакцина против HPV не защищает от всех типов HPV, которые могут вызвать рак шейки матки.

Женщинам в возрасте 25 лет и старше, которые когда-либо жили половой жизнью, следует проходить скрининговое обследование шейки матки каждые 5 лет, даже если они вакцинированы.

В. Кто может дать согласие на вакцинацию? Можно ли его отозвать?

Родители или опекуны должны дать согласие на прививку учащимся младше 18 лет. Учащиеся в возрасте 18 лет и старше могут дать свое согласие, заполнив и подписав форму согласия, где указано «Родитель/Опекун».

Вы можете отозвать свое согласие в любое время. Для этого отправьте письменное уведомление в школу или позвоните в школу и сообщите об этом.

В. Следует ли беременной учащейся делать прививку от HPV?

Нет. Беременной учащейся или учащейся, которая подозревает, что она беременна, не следует делать прививку.

В день вакцинации медсестры спросят учащихся, беременны ли они или могут ли быть беременны. Если учащаяся ответит утвердительно, то ей не сделают прививку. Ей порекомендуют поговорить с родителем или опекуном и обратиться к врачу. Учащаяся также получит контактные данные службы поддержки.

В. Как я могу получить выписку о прививках моего ребенка?

Данные о вакцинации вашего ребенка будут добавлены в Австралийский реестр иммунизации (AIR).

Родители могут запросить копию карты профилактических прививок для детей младше 14 лет. Учащиеся в возрасте 14 лет и старше могут запросить собственную выписку. Вы можете получить к ней доступ:

- **через вашу учетную запись Medicare онлайн на сайте my.gov.au;**
- **с помощью приложения Medicare Express Plus: servicesaustralia.gov.au/express-plus-medicare-mobile-app;**
- **позвонив на линию общих справок AIR по телефону 1800 653 809.**

В. Что произойдет с данными моего ребенка?

Информация, которую вы предоставляете в форме согласия, является конфиденциальной в соответствии с законами Нового Южного Уэльса и Австралийского Содружества. Она будет внесена в реестр иммунизации Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса и в Австралийский реестр иммунизации (AIR).

Для учащихся подписание формы согласия также означает, что вы соглашаетесь в будущем связать карту карта профилактических прививок вашего ребенка с Национальным реестром программы скрининга шейки матки.

В. Где я могу найти более подробную информацию о вакцинации в школах?

Более подробную информацию вы можете найти:

- **на сайте Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса: health.nsw.gov.au/schoolvaccination;**
- **позвонив в местное отделение общественного здравоохранения по телефону 1300 066 055.**

Ваши следующие шаги:

- Если вы хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку от HPV, заполните и подпишите форму согласия. Отдайте ее ребенку для передачи в школу.
- Если вы не хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку, не давайте согласия.

Вакцина против вируса папилломы человека (HPV)
Информационный листок для родителей

Октябрь 2024 г. © NSW Health. SHPN (HP NSW) 240753-1.

NSW GOVERNMENT

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция?

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

240753-2

Русский | Russian

NSW GOVERNMENT

Согласие на вакцинацию от вируса папилломы человека (HPV)

Заполняется родителем (опекуном). Пожалуйста, заполните печатными **ЗАГЛАВНЫМИ** буквами, ручкой с **черными** или **синими** чернилами.

1. Данные учащегося (ейся)

Фамилия

Имя, второе имя (если имеется)

Дата рождения / / 2 0

Пол
- Мужской
- Женский
- Неопределенный/ Интерсекс/ Не указано

Класс

Название школы

Номер карты Medicare

Номер рядом с именем вашего ребенка на карте Medicare

2. Принадлежность к коренным народностям

- Нет
- Да, представитель(ница) коренных народностей (абориген)
- Да, уроженец(ка) островов Торресова пролива
- Да, и абориген(ка), и уроженец(ка) островов Торресова пролива.

3. Ваши данные – родитель или законный опекун

Я прочитал(а) и понял(а) предоставленную информацию о преимуществах и возможных побочных эффектах вакцины против HPV.

Настоящим я даю согласие на вакцинацию моего ребенка, указанного выше, однократной дозой вакцины против HPV и соглашаюсь раскрыть информацию о состоянии здоровья моего ребенка для будущей связи с Национальным реестром программ скрининга шейки матки.

Я заявляю, что, насколько мне известно, мой ребенок:

1. Не имел анафилактической реакции после какой-либо вакцины.
2. Не имеет анафилактической чувствительности ни к одному из компонентов вакцины, перечисленных в прилагаемом информационном листке для родителей.
3. Не беременна.

Имя,фамилия родителя (опекуна) (например, JOHN SMITH)

Домашний адрес (например, 5 SMITH LANE)

Район

Почтовый индекс

Номер мобильного телефона

Альтернативный номер телефона (включая код города, например, 02)

Подпись родителя/опекуна

X

Дата / / 2 0

Sample

Справка о вакцинации против HPV

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) :

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата / 2 0

Заметки медсестры

Причина отсутствия вакцинации

- ☐ Отсутствует
- ☐ Отказался(ась)
- ☐ Нездоров(а)
- ☐ Нет подписи
- ☐ Согласие отозвано
- ☐ Иное

Родитель (опекун) Справка о вакцинации против HPV

Справка о вакцинации против HPV

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) :

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата /

Sample

Служба здравоохранения штата Новый Южный Уэльс

Прививка менингококковой вакциной ACWY

Информационный листок для родителей

Правительство Австралии предоставляет некоторые вакцины бесплатно в рамках Национальной программы иммунизации (NIP).

В. Что такое менингококковая инфекция?

Менингококковая инфекция — редкая, но серьезная инфекция. Обычно она вызывает менингит (воспаление головного и спинного мозга) и/или сепсис.

Симптомы могут включать:

- **внезапную лихорадку;**
- **головную боль;**
- **скованность мышц шеи;**
- **боль в суставах;**
- **красно-фиолетовую сыпь или синяки;**
- **чувствительность к яркому свету;**
- **тошноту и рвоту.**

До 10% менингококковых инфекций могут привести к летальному исходу даже при соответствующем лечении антибиотиками. У выживших могут возникнуть долгосрочные осложнения.

В. Как распространяется менингококковая инфекция?

Менингококковые бактерии передаются от человека к человеку через слюну из носа и горла. Обычно для этого требуется тесный и длительный контакт с человеком, являющимся носителем бактерий, который обычно полностью здоров. Примером тесного и длительного контакта является проживание в одном доме или глубокие поцелуи. Менингококковые бактерии не распространяются легко и не живут долго вне организма.

В. Как действуют вакцины?

Вакцины помогают вашей иммунной системе бороться с инфекциями. Если вакцинированный человек подвергается воздействию этих инфекций, его иммунная система может лучше с ними бороться, либо предотвращая развитие заболевания, либо делая его менее тяжелым.

В. Насколько эффективна менингококковая вакцина ACWY?

Одна доза менингококковой вакцины ACWY очень эффективна против четырех типов менингококковой инфекции (типы A, C, W и Y). Она не защищает от болезни типа B.

В. Кому следует сделать эту прививку?

Всем учащимся 10-х классов средних школ и/или лицам в возрасте 15–19 лет следует сделать эту прививку для защиты от менингококковых инфекций типов A, C, W и Y.

В. Кому не следует делать эту прививку?

Менингококковая вакцина ACWY не должна вводиться лицам, которые:

- **беременны или могут быть беременны;**
- **испытали анафилаксию после предыдущей дозы менингококковой вакцины;**
- **испытали анафилаксию после любой из добавок вакцины;**
- **имеют известную гиперчувствительность к столбнячному анатоксину.**

В. Что такое анафилаксия?

Анафилаксия — это тяжелая аллергическая реакция, которая может привести к потере сознания или смерти, если не оказать срочной помощи. После вакцинации это случается очень редко. Специалисты по иммунизации обучены лечить анафилаксию.

В. Насколько безопасны вакцины?

Вакцины в Австралии весьма безопасны. Они должны пройти строгие проверки безопасности, прежде чем Управление по контролю за оборотом терапевтических средств (TGA) одобрит их. TGA также контролирует вакцины после их использования.

В. Что входит в состав менингококковой вакцины ACWY?

Вакцина может содержать трометамол, сахарозу, хлорид натрия, ацетат натрия и воду. Эти ингредиенты добавляются в небольших количествах, чтобы помочь вакцине действовать или сохранить ее.

В. Разве мой ребенок еще не получил вакцину от менингококковой инфекции ACWY? Безопасно ли получить ее снова?

Менингококковая вакцина ACWY предлагается детям в возрасте 12 месяцев с июля 2018 года. Возможно, вашему ребенку уже делали прививку от менингококковой инфекции C. Эта вакцина защищает только от менингококковой инфекции C.

В некоторых странах подросткам рекомендуется делать ревакцинацию. Эта вакцина ACWY обеспечивает защиту от менингококковой инфекции C, а также A, W и Y.

Некоторые подростки с определенными проблемами со здоровьем (например, у них нет селезенки или существует иммунодефицит) могли уже пройти эту вакцинацию. Если это так, проконсультируйтесь с врачом – терапевтом или специалистом, чтобы узнать, нужна ли вашему ребенку еще одна доза.

В. Кому еще следует сделать эту прививку?

Эта прививка рекомендуется для:

- **лиц, путешествующих в районы с высоким риском менингококковой инфекции, например, во время хаджа;**
- **некоторых работников, например, сотрудников микробиологической лаборатории;**
- **лиц с медицинскими проблемами, например, для тех, у кого отсутствует селезенка.**

В. Каковы побочные эффекты менингококковой вакцины ACWY?

Побочные эффекты обычно незначительны. Они могут включать в себя:

- **высокую температуру;**
- **головную боль;**
- **головокружение;**
- **боль, покраснение или припухлость в месте укола.**

Эти побочные эффекты обычно проходят в течение 2–3 дней. Серьёзные побочные эффекты возникают очень редко.

Более подробную информацию о побочных эффектах можно найти на сайте health.nsw.gov.au/schoolvaccination; проверьте также Информацию о лекарственных средствах для потребителей (CMI).

Если вас беспокоят вопросы о побочных эффектах, обратитесь к вашему врачу-терапевту (GP). Они также могут сообщать о любых проблемах в местное отделение общественного здравоохранения.

В. Как я могу получить выписку о прививках моего ребенка?

Данные о вакцинации вашего ребенка будут добавлены в Австралийский реестр иммунизации (AIR).

Родители могут получить копию карты профилактических прививок своего ребенка до тех пор, пока ребенку не исполнится 14 лет. Учащиеся в возрасте 14 лет и старше могут получить свою собственную выписку. Вы можете получить к ней доступ:

- **через вашу учетную запись Medicare в Интернете на сайте my.gov.au;**
- **с помощью приложения Medicare Express Plus в servicesaustralia.gov.au/express-plus-mobile-apps;**
- **позвонив на линию общих справок AIR по телефону 1800 653 809.**

В. Кто может дать согласие на вакцинацию и можно ли его отозвать?

Родители или опекуны должны дать согласие на прививку учащимся младше 18 лет. Учащиеся в возрасте 18 лет и старше могут дать свое согласие. Им следует заполнить и подписать форму согласия, где указано «Родитель(опекун)».

Вы можете отозвать свое согласие в любое время. Для этого отправьте письменное уведомление в школу или позвоните в школу и сообщите об этом.

В. Может ли беременная учащаяся сделать прививку?

Нет. Беременной учащейся или учащейся, которая подозревает, что она беременна, не следует делать прививку.

В день вакцинации медсестры спросят учащихся, беременны ли они или могут ли быть беременны. Если учащаяся ответит утвердительно, она не получит прививку. Ее попросят поговорить с родителем или опекуном и обратиться к врачу. Она также получит контактные данные службы медицинской поддержки.

В. Что делать, если мой ребенок пропустил вакцинацию из-за болезни или отсутствия?

Если ваш ребенок пропустил вакцинацию в школе, как можно скорее организуйте ее проведение. В некоторых школах будут организованы дополнительные сессии по вакцинации. Если нет, обратитесь к врачу – терапевту или аптекарю, чтобы организовать вакцинацию.

В. Что произойдет с данными моего ребенка?

Информация, содержащаяся в форме согласия, является конфиденциальной в соответствии с законами Нового Южного Уэльса и Австралийского Содружества. Она будет внесена в реестр иммунизации Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса и в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Это поможет связать ее с историей вакцинации вашего ребенка, которую можно просмотреть на MyGov.

В. Где я могу найти более подробную информацию о вакцинации в школах?

Более подробную информацию вы можете найти:

- **на сайте Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса: health.nsw.gov.au/schoolvaccination;**
- **позвонив в местное отделение общественного здравоохранения по телефону 1300 066 055**

Ваши следующие шаги:

- Если вы хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку менингококковой вакциной, заполните и подпишите форму согласия. Отдайте ее ребенку для передачи в школу.
- Если вы не хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку, не давайте согласия.

Прививка менингококковой вакциной ACWY

Октябрь 2024 г. © NSW Health. SHPN (HP NSW) 241051-1

Согласие на вакцинацию менингококковой вакциной ACWY

Русский | Russian

Заполняется родителем (опекуном). Пожалуйста, заполните печатными **ЗАГЛАВНЫМИ** буквами, ручкой с **черными** или **синими** чернилами.

1. Данные учащегося(ейся) (эти данные должны совпадать с данными, указанными на карте Medicare)

Фамилия

Имя, второе имя (если имеется)

Австралийский адрес ребенка (например, 5 SMITH LANE)

Район

Почтовый индекс

Дата рождения / / 2 0

Пол
- Мужской
- Женский
- Неопределенный/ Интерсекс/ Не указано

Класс

Название школы

Номер карты Medicare

Номер рядом с именем вашего ребенка на карте Medicare

2. Принадлежность к коренным народностям

- Нет
- Да, представитель(ница) коренных народностей (абориген)
- Да, уроженец(ка) островов Торресова пролива
- Да, и абориген(ка), и уроженец(ка) островов Торресова пролива.

3. Ваши данные – родитель или законный опекун

Я прочитал(а) и понял(а) предоставленную информацию относительно преимуществ и возможных побочных эффектов менингококковой вакцины ACWY.

Настоящим я даю согласие на вакцинацию моего ребенка, указанного выше, однократной дозой менингококковой вакцины ACWY.

Я заявляю, что, насколько мне известно, мой ребенок:

1. Не имел анафилактической реакции после какой-либо вакцины.
2. Не имеет анафилактической чувствительности ни к одному из компонентов вакцины, перечисленных в прилагаемом информационном листке для родителей.
3. Не беременна.

Имя,фамилия родителя (опекуна) (например, JOHN SMITH)

Номер мобильного телефона

Альтернативный номер телефона (включая код города, например, 02)

Адрес электронной почты

Подпись родителя/опекуна

Дата / / 2 0

Sample

Запись о вакцинации менингококковой вакциной ACWY

✍ **Заполняется родителем (опекуном)** (эти данные должны совпадать с данными, указанными на карте Medicare)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) ☐☐ : ☐☐

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата ☐☐ / ☐☐ 2 0 ☐☐

Заметки медсестры

Причина отсутствия вакцинации

- ☐ Отсутствует
- ☐ Отказался(ась)
- ☐ Нездоров(а)
- ☐ Нет подписи
- ☐ Согласие отозвано
- ☐ Иное

Родитель (опекун) Запись о вакцинации менингококковой вакциной ACWY

Запись о вакцинации менингококковой вакциной ACWY

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) ☐☐ : ☐☐

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата ☐☐ / ☐☐ ☐☐☐☐

Sample

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция?

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

Служба здравоохранения штата Новый Южный Уэльс

Вакцина против кори, эпидемического паротита и краснухи (MMR)

Информационный листок для родителей

Правительство Австралии предоставляет некоторые вакцины бесплатно в рамках Национальной программы иммунизации (NIP).

В. Что такое корь, эпидемический паротит и краснуха?

Корь — очень заразный вирус, вызывающий лихорадку, кашель и сыпь. Это может привести к серьезным осложнениям, таким как пневмония, отек мозга и необратимое повреждение мозга. В редких случаях корь может привести к летальному исходу.

Эпидемический паротит (свинка) — заразная вирусная инфекция, вызывающая опухание шейных лимфоузлов и лихорадку. Примерно в 10% случаев это может привести к воспалению мозга. У 15–30% мужчин, достигших половой зрелости, это может привести к опуханию и болезненности яичек. Инфекция на ранних сроках беременности может стать причиной выкидыша.

Краснуха — это вирус, вызывающий сыпь, лихорадку и опухание желез. Если беременная женщина заболевает краснухой, у ее ребенка могут развиться серьезные врожденные дефекты, такие как потеря слуха, слепота, умственная отсталость или проблемы с сердцем.

В. Как распространяются корь, эпидемический паротит и краснуха?

Эти вирусы распространяются через кашель и чихание. Корь особенно заразна. Вирус может распространяться, если инфицированный находится в одном помещении с вами.

В. Как действуют вакцины?

Вакцины помогают иммунной системе бороться с инфекциями. Если вакцинированный человек подвергнется воздействию вируса, его организм сможет лучше бороться с болезнью или сделать ее течение менее тяжелым.

В. Насколько эффективна вакцина MMR?

Вакцина MMR очень эффективна для защиты от кори, эпидемического паротита и краснухи.

В. Сколько доз необходимо?

Две дозы вакцины MMR, если они не были вакцинированы двумя дозами ранее.

В. Кому не следует делать прививку?

Не делайте прививку от кори, эпидемического паротита и краснухи (MMR):

- **лицам, перенесшим тяжелую аллергическую реакцию (анафилаксию) на предыдущую дозу или компонент вакцины;**
- **беременным (также следует избегать беременности в течение 28 дней после вакцинации);**
- **лицам, которым была сделана прививка живой вакциной (например, от ветряной оспы, туберкулеза или желтой лихорадки) в течение последних 4 недель;**
- **лицам, которым были сделаны переливание крови или инъекция иммуноглобулина в прошлом году;**
- **лицам со слабой иммунной системой, в том числе:**
  - лицам с ВИЧ/СПИДом;
  - лицам, получающим высокие дозы пероральных кортикостероидов
  - лицам, проходящим сильную иммуносупрессивную терапию, лучевую или рентгенотерапию
  - лицам с определенными видами рака, такими как лимфома, лейкемия или болезнь Ходжкина.

В. Что входит в состав вакцины MMR?

Вакцина содержит небольшое количество лактозы, неомицина, сорбита и маннита. Эти ингредиенты помогают вакцине действовать или помогают сохранять ее.

В. Насколько безопасны вакцины?

Вакцины в Австралии весьма безопасны. Перед одобрением Управления по контролю за оборотом терапевтических товаров (TGA) они должны пройти строгие проверки безопасности. TGA также контролирует безопасность вакцин после использования.

В. Каковы побочные эффекты вакцины MMR?

Вакцина MMR безопасна и хорошо переносится. Распространенные побочные эффекты незначительны и могут включать:

- **плохое самочувствие;**
- **высокую температуру;**
- **неинфекционную сыпь (может появиться через 5–12 дней после вакцинации).**

Редкие побочные эффекты могут включать:

- **временное увеличение лимфатических узлов;**
- **боль в суставах;**
- **повышенный риск появления синяков или кровотечения.**

Серьёзные побочные эффекты, такие как анафилаксия, встречаются крайне редко.

Для получения более подробной информации ознакомьтесь с Медицинской информацией для потребителей (CMI) по адресу health.nsw.gov.au/schoolvaccination. Если вас волнуют побочные эффекты, посоветуйтесь с врачом – терапевтом (GP).

В. Что такое анафилаксия?

Анафилаксия — очень редкая, но тяжелая аллергическая реакция. Если не оказать срочную помощь, это может привести к потере сознания или смерти. Специалисты по иммунизации обучены справляться с анафилаксией.

В. Могут ли беременные учащиеся вакцинацию?

Нет. Беременным учащимся не следует делать прививку.

В день вакцинации медсестры спросят учащихся женского пола, беременны ли они или могут ли они быть беременны. Если учащаяся ответит утвердительно, ей не сделают прививку. Ей посоветуют поговорить с родителями или врачом и предоставят контактные данные службы поддержки.

Учащимся, получившим вакцину MMR, не следует беременеть в течение 28 дней после вакцинации.

В. Кто может дать согласие и можно ли его отозвать?

Родители или опекуны должны дать согласие на прививку учащимся младше 18 лет. Учащиеся в возрасте 18 лет и старше могут дать свое собственное согласие, подписав форму согласия (Consent Form).

Вы можете отозвать свое согласие в любое время, написав или позвонив в школу.

В. Что делать, если мой ребенок пропустил вакцинацию из-за болезни или отсутствия?

Если ваш ребенок пропустил вакцинацию в школе, как можно скорее организуйте ее проведение. В некоторых школах проводятся дополнительные сессии по вакцинации. Если нет, обратитесь к врачу – терапевту или аптекарю, чтобы организовать вакцинацию.

В. Как я могу получить доступ к данным о вакцинации моего ребенка?

Данные о вакцинации вашего ребенка будут добавлены в Австралийский реестр иммунизации (AIR).

Родители могут запрашивать выписку из карты профилактических прививок своего ребенка до тех пор, пока ребенку не исполнится 14 лет. Учащиеся в возрасте 14 лет и старше могут запросить собственную карту профилактических прививок. Вы можете получить к ней доступ:

- **через вашу учетную запись Medicare онлайн на сайте my.gov.au;**
- **с помощью приложения Medicare Express Plus: servicesaustralia.gov.au/express-plus-medicare-mobile-app;**
- **позвонив на линию общих справок AIR по телефону 1800 653 809.**

В. Что произойдет с данными моего ребенка?

Информация, содержащаяся в форме согласия, является конфиденциальной и защищена законом. Она будет внесена в Реестр иммунизации Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса и связана с AIR, чтобы ее можно было посмотреть на сайте MyGov.

В. Где я могу найти более подробную информацию о вакцинации в школах?

Более подробную информацию вы можете найти:

- **на сайте Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса: health.nsw.gov.au/schoolvaccination;**
- **позвонив в местное отделение общественного здравоохранения по телефону 1300 066 055.**

Ваши следующие шаги:

- Если вы хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку от кори, эпидемического паротита и краснухи (MMR), заполните и подпишите форму согласия. Отдайте ее ребенку для передачи в школу.
- Если вы не хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку, не давайте согласия.

Вакцина против кори, эпидемического паротита и краснухи (MMR)

Ноябрь 2024 г. © NSW Health. SHPN (HP NSW) 240754-1.

NSW GOVERNMENT

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

240754-2

Согласие на вакцинацию против кори, эпидемического паротита и краснухи (MMR)

NSW GOVERNMENT

Русский | Russian

Заполняется родителем (опекуном). Пожалуйста, заполните печатными **ЗАГЛАВНЫМИ** буквами, ручкой с **черными** или **синими** чернилами.

1. Данные учащегося (ейся)

Фамилия

Имя, второе имя (если имеется)

Дата рождения / / 2 0

Пол
- Мужской
- Женский
- Неопределенный/ Интерсекс/Не указано

Класс

Название школы

Номер карты Medicare

Номер рядом с именем вашего ребенка на карте Medicare

2. Принадлежность к коренным народностям

- Нет
- Да, представитель(ница) коренных народностей (абориген)
- Да, уроженец(ка) островов Торресова пролива
- Да, и абориген(ка), и уроженец(ка) островов Торресова пролива.

3. Ваши данные – родитель или законный опекун

Я прочитал(а) и понял(а) предоставленную информацию относительно преимуществ и возможных побочных эффектов вакцины против кори, эпидемического паротита и краснухи (MMR).

Настоящим я даю согласие на вакцинацию моего ребенка, указанного выше, двумя дозами вакцины против кори, эпидемического паротита и краснухи (MMR).

Я заявляю, что, насколько мне известно, мой ребенок:

1. Не имел анафилактической реакции после какой-либо вакцины.
2. Не имеет анафилактической чувствительности ни к одному из компонентов вакцины, перечисленных в прилагаемом информационном листке для родителей.
3. Не беременна.

Имя,фамилия родителя (опекуна) (например, JOHN SMITH)

Домашний адрес (например, 5 SMITH LANE)

Район

Почтовый индекс

Номер мобильного телефона

Альтернативный номер телефона (включая код города, например, 02)

Подпись родителя/опекуна

X

Дата / / 2 0

Sample

Запись о вакцинации MMR

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

1-Я ДОЗА

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

2-Я ДОЗА

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ __ __ __ __

Заметки медсестры

Причина отсутствия вакцинации

- ☐ Отсутствует
- ☐ Отказался(ась)
- ☐ Нездоров(а)
- ☐ Нет подписи
- ☐ Согласие отозвано
- ☐ Иное

Родитель(опекун) Запись о вакцинации против кори, эпидемического паротита и краснухи (MMR)

Запись о вакцинации MMR — 1-Я ДОЗА

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

Запись о вакцинации MMR — 2-Я ДОЗА

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

Sample

Служба здравоохранения штата Новый Южный Уэльс

Вакцина против полиомиелита

Информационный листок для родителей

Правительство Австралии предоставляет некоторые вакцины бесплатно в рамках Национальной программы иммунизации (NIP).

В. Что такое полиомиелит?

Полиомиелит — вирусная инфекция, которая может вызвать паралич и смерть. У большинства людей, больных полиомиелитом, симптомы отсутствуют. Примерно у 10% могут возникнуть высокая температура, головная боль, усталость, тошнота и рвота, но обычно они выздоравливают.

Примерно в 2% случаев вирус вызывает сильную мышечную боль и скованность в спине или шее. Менее чем у 1% развивается паралич, который может поражать руки, ноги, шею или дыхательные мышцы.

В. Как распространяется полиомиелит?

Полиомиелит распространяется через контакт с небольшим количеством фекалий или слюны инфицированного человека. Это может произойти, если руки не вымыты должным образом.

Вирус проникает через нос или рот, поражает кишечник и может распространяться в кровь и нервную систему. Больные полиомиелитом наиболее заразны за 10 дней до появления симптомов и в течение 10 дней после их появления.

В. Как действуют вакцины?

Вакцины помогают иммунной системе бороться с инфекциями. Если вакцинированный человек подвергнется воздействию вируса, его организм сможет лучше бороться с болезнью или сделать ее течение менее тяжелым.

В. Насколько эффективна вакцина против полиомиелита?

Полный курс вакцинации против полиомиелита (3 дозы) на 99% эффективен в профилактике заболевания.

В. Кому следует сделать прививку?

Подростки, которые не получили все три дозы вакцины против полиомиелита, должны быть вакцинированы.

В. Кому не следует делать прививку?

Не делайте прививку тем, у кого была:

- **сильная аллергическая реакция (анафилаксия) на предыдущую дозу;**
- **сильная аллергическая реакция на компонент вакцины.**

В. Что такое анафилаксия?

Анафилаксия — очень редкая, но тяжелая аллергическая реакция. Если не оказать срочную помощь, это может привести к потере сознания или смерти. Специалисты по иммунизации обучены справляться с анафилаксией.

В. Что делать, если я не знаю, была ли моему ребенку сделана прививка от полиомиелита?

Если у вас нет записей, вашему ребенку все равно можно безопасно сделать прививку.

В. Что входит в состав вакцины против полиомиелита?

В состав вакцины входят небольшие количества:

- **феноксиэтанола, формальдегида и полисорбата 80;**
- **неомицина, стрептомицина и полимиксина B;**
- **бычьего сывороточного альбумина.**

Эти ингредиенты помогают вакцине действовать или помогают сохранять ее. В процессе производства она также подвергается воздействию материалов, полученных от крупного рогатого скота.

В. Насколько безопасны вакцины?

Вакцины в Австралии весьма безопасны. Перед одобрением Управления по контролю за оборотом терапевтических товаров (TGA) они должны пройти строгие проверки безопасности. TGA также контролирует безопасность вакцин после использования.

В. Каковы побочные эффекты вакцины против полиомиелита?

Побочные эффекты обычно незначительны и могут включать:

- **покраснение, боль или припухлость в месте укола;**
- **высокую температуру.**

Серьёзные побочные эффекты возникают крайне редко.

Для получения более подробной информации ознакомьтесь с информацией о лекарственных средствах для потребителей (CMI) на сайте: health.nsw.gov.au/schoolvaccination. Если вас волнуют побочные эффекты, посоветуйтесь с врачом – терапевтом (GP).

В. Могут ли беременные учащиеся вакцинацию?

Нет. Беременным учащимся не следует делать прививку.

В день вакцинации медсестры спросят учащихся женского пола, беременны ли они или могут ли они быть беременны. Если учащаяся ответит утвердительно, ей не сделают прививку.
Ей посоветуют поговорить с родителями или врачом и предоставят контактные данные службы поддержки.

В. Кто может дать согласие и можно ли его отозвать?

Родители или опекуны должны дать согласие на прививку учащимся младше 18 лет. Учащиеся в возрасте 18 лет и старше могут дать свое собственное согласие, подписав форму согласия (Consent Form).

Вы можете отозвать свое согласие в любое время, написав или позвонив в школу.

В. Что делать, если мой ребенок пропустил вакцинацию из-за болезни или отсутствия?

Если ваш ребенок пропустил вакцинацию в школе, как можно скорее организуйте ее проведение.

В некоторых школах проводятся дополнительные сессии по вакцинации. Если нет, обратитесь к врачу – терапевту или аптекарю, чтобы организовать вакцинацию.

В. Как я могу получить доступ к данным о вакцинации моего ребенка?

Данные о вакцинации вашего ребенка будут добавлены в Австралийский реестр иммунизации (AIR).

Родители могут запрашивать выписку из карты профилактических прививок своего ребенка до тех пор, пока ребенку не исполнится 14 лет. Учащиеся в возрасте 14 лет и старше могут запросить собственную карту профилактических прививок. Вы можете получить к ней доступ:

- **через вашу учетную запись Medicare онлайн на сайте my.gov.au;**
- **с помощью приложения Medicare Express Plus: servicesaustralia.gov.au/express-plus-medicare-mobile-app;**
- **позвонив на линию общих справок AIR по телефону 1800 653 809.**

В. Что произойдет с данными моего ребенка?

Информация, содержащаяся в форме согласия, является конфиденциальной и защищена законом. Она будет внесена в Реестр иммунизации Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса и связана с AIR, чтобы ее можно было посмотреть на сайте MyGov.

В. Где я могу найти более подробную информацию о вакцинации в школах?

Более подробную информацию вы можете найти:

- **на сайте Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса: health.nsw.gov.au/schoolvaccination;**
- **позвонив в местное отделение общественного здравоохранения по телефону 1300 066 055.**

Ваши следующие шаги:

- Если вы хотите, чтобы ваш ребенок получил вакцину от полиомиелита, заполните и подпишите форму согласия. Отдайте ее ребенку для передачи в школу.
- Если вы не хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку, не давайте согласия.

Октябрь 2024 г. © NSW Health. SHPN (HP NSW) 240755-1.

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

240755-2

Согласие на вакцинацию от полиомиелита

NSW GOVERNMENT

Русский | Russian

Заполняется родителем (опекуном). Пожалуйста, заполните печатными **ЗАГЛАВНЫМИ** буквами, ручкой с **черными** или **синими** чернилами.

1. Данные учащегося (ейся)

Фамилия

Имя, второе имя (если имеется)

Дата рождения

/ / 2 0

Пол

☐ Мужской

☐ Женский

☐ Неопределенный/ Интерсекс/ Не указано

Класс

Название школы

Номер карты Medicare

☐ Номер рядом с именем вашего ребенка на карте Medicare

2. Принадлежность к коренным народностям

☐ Нет ☐ Да, представитель(ница) коренных народностей (абориген) ☐ Да, уроженец(ка) островов Торресова пролива ☐ Да, и абориген(ка), и уроженец(ка) островов Торресова пролива.

3. Ваши данные – родитель или законный опекун

Я прочитал(а) и понял(а) предоставленную информацию относительно преимуществ и возможных побочных эффектов вакцины против полиомиелита.

Настоящим я даю согласие на вакцинацию моего ребенка, указанного выше, тремя дозами вакцины против полиомиелита.

Я заявляю, что, насколько мне известно, мой ребенок:

1. Не имел анафилактической реакции после какой-либо вакцины.
2. Не имеет анафилактической чувствительности ни к одному из компонентов вакцины, перечисленных в прилагаемом информационном листке для родителей.
3. Не беременна.

Имя,фамилия родителя (опекуна) (например, JOHN SMITH)

Домашний адрес (например, 5 SMITH LANE)

Район

Почтовый индекс

Номер мобильного телефона

Альтернативный номер телефона (включая код города, например, 02)

Подпись родителя/опекуна

X

Дата

/ / 2 0

Запись о вакцинации против полиомиелита

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

1-Я ДОЗА

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

2-Я ДОЗА

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

3-Я ДОЗА

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

Заметки медсестры

Причина отсутствия вакцинации

- ☐ Отсутствует
- ☐ Отказался(ась)
- ☐ Нездоров(а)
- ☐ Нет подписи
- ☐ Согласие отозвано
- ☐ Иное

Запись о вакцинации против полиомиелита — 1-Я ДОЗА

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __

Запись о вакцинации против полиомиелита — 2-Я ДОЗА

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __

Запись о вакцинации против полиомиелита — 3-Я ДОЗА

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __

Служба здравоохранения штата Новый Южный Уэльс

Вакцина против варицеллы (ветряной оспы)

Информационный листок для родителей

Правительство Австралии предоставляет некоторые вакцины бесплатно в рамках Национальной программы иммунизации (NIP).

В. Что такое ветряная оспа?

Ветряная оспа — очень заразное заболевание, вызываемое вирусом вирусом ветряной оспы (varicella-zoster). У здоровых детей это обычно вызывает легкие симптомы, такие как:

- **слегка повышенная температура;**
- **насморк;**
- **плохое самочувствие;**
- **сыпь, превращающаяся в волдыри.**

Ветряная оспа может протекать тяжелее у взрослых или людей со слабой иммунной системой. В редких случаях это может вызвать:

- **потерю мышечной подвижности (1 из 4000 случаев);**
- **воспаление мозга (1 из 100 000 случаев).**

Если беременная женщина заболевает ветряной оспой, ее ребенок может родиться преждевременно или иметь врожденные дефекты, такие как шрамы или проблемы с руками и ногами.

В. Как распространяется ветряная оспа?

- **На ранних стадиях заболевания ветряная оспа распространяется через кашель.**
- **Позднее инфекция распространяется через контакт с жидкостью из волдырей.**

Люди, больные ветряной оспой, могут распространять вирус:

- **за 1–2 дня до появления сыпи (в фазе насморка);**
- **до 5 дней после появления сыпи (пока волдыри не покроются корочками).**

В. Как действуют вакцины?

Вакцины помогают вашей иммунной системе бороться с инфекциями. Если вакцинированный человек подвергается воздействию этих инфекций, его иммунная система может лучше с ними бороться, либо предотвращая развитие заболевания, либо делая его менее тяжелым.

В. Насколько эффективна вакцина против ветряной оспы?

Одна доза вакцины предотвращает ветряную оспу в 80–85% случаев и весьма эффективна против тяжелой формы заболевания.

В. Кому следует сделать прививку?

- **Детям до 14 лет необходима одна доза вакцины против ветряной оспы, если они еще не были вакцинированы (обычно в возрасте 18 месяцев) или переболели ветряной оспой.**
- **Детям в возрасте 14 лет и старше необходимо вводить две дозы с интервалом в 1–2 месяца.**

В. Кому не следует делать прививку?

Не делайте прививку:

- **лицам, перенесшим тяжелую аллергическую реакцию (анафилаксию) на предыдущую дозу или компонент вакцины;**
- **беременным (также следует избегать беременности в течение 28 дней после вакцинации);**
- **лицам, которым в течение последних 12 месяцев были сделаны переливание крови или инъекция иммуноглобулина;**
- **лицам, которым в течение последних 4 недель была сделана прививка живой вакциной (например, от кори, краснухи, паротита, туберкулеза, или желтой лихорадки);**
- **лицам со слабой иммунной системой, в том числе:**
  - лицам с ВИЧ/СПИДом;
  - лицам, получающим химиотерапию, лучевую терапию или высокие дозы кортикостероидов;
  - лицам с серьезными проблемами с иммунитетом, такими как лимфома или лейкемия.

В. Что такое анафилаксия?

Анафилаксия — очень редкая, но тяжелая аллергическая реакция. Если не оказать срочную помощь, это может привести к потере сознания или смерти. Специалисты по иммунизации обучены справляться с анафилаксией.

В. Что делать, если я не знаю, болел ли мой ребенок ветряной оспой и была ли ему сделана прививка?

Если вы не уверены, ваш ребенок все равно может безопасно получить прививку от ветряной оспы.

В. Что входит в состав вакцины против ветряной оспы?

В состав вакцины входят небольшие количества:

- **сахарозы, желатина, мочевины и глутамата натрия;**
- **компонентов клеток MRC-5 (используются в производстве вакцин);**
- **а также следы неомицина и бычьей сыворотки.**

Эти ингредиенты помогают вакцине действовать или помогают сохранять ее. В процессе производства она также подвергается воздействию материалов, полученных от крупного рогатого скота.

В. Насколько безопасны вакцины?

Вакцины в Австралии весьма безопасны. Перед одобрением Управления по контролю за оборотом терапевтических товаров (TGA) они должны пройти строгие проверки безопасности. TGA также контролирует безопасность вакцин после использования.

В. Какие побочные эффекты у вакцины против ветряной оспы?

Побочные эффекты обычно незначительны и могут включать:

- **покраснение, боль или припухлость в месте укола;**
- **высокую температуру.**

Серьёзные побочные эффекты возникают очень редко. Для получения более подробной информации ознакомьтесь с информацией о лекарственных средствах для потребителей (CMI) на сайте: health.nsw.gov.au/schoolvaccination. Если вас волнуют побочные эффекты, посоветуйтесь с врачом – терапевтом (GP).

В. Можно ли делать прививку беременным учащимся?

Нет. Беременным учащимся не следует делать прививку.

В день вакцинации медсестры спросят учащихся женского пола, беременны ли они или могут ли они быть беременны. Если учащаяся ответит утвердительно, ей не сделают прививку. Ей посоветуют поговорить с родителями или врачом и предоставят контактные данные службы поддержки.

Учащимся, получившим прививку от ветряной оспы, не следует беременеть в течение 28 дней после вакцинации.

В. Кто может дать согласие и можно ли его отозвать?

Родители или опекуны должны дать согласие на прививку учащимся младше 18 лет. Учащиеся в возрасте 18 лет и старше могут дать свое собственное согласие, подписав форму согласия (Consent Form).

Вы можете отозвать свое согласие в любое время, написав или позвонив в школу.

В. Что делать, если мой ребенок пропустил вакцинацию из-за болезни или отсутствия?

Если ваш ребенок пропустил вакцинацию в школе, как можно скорее организуйте ее проведение. В некоторых школах проводятся дополнительные сессии по вакцинации. В противном случае школа предоставит вашему врачу-терапевту или аптекарю письмо для прохождения курса.

В. Как я могу получить доступ к данным о вакцинации моего ребенка?

Данные о вакцинации вашего ребенка будут добавлены в Австралийский реестр иммунизации (AIR).

Родители могут запрашивать выписку из карты профилактических прививок своего ребенка до тех пор, пока ребенку не исполнится 14 лет. Учащиеся в возрасте 14 лет и старше могут запросить собственную карту профилактических прививок. Вы можете получить к ней доступ:

- **через вашу учетную запись Medicare в Интернете на сайте my.gov.au;**
- **с помощью приложения Medicare Express Plus: Servicesaustralia.gov.au/express-plus-mobile-apps;**
- **позвонив на линию общих справок AIR по телефону 1800 653 809.**

В. Что произойдет с данными моего ребенка?

Информация, содержащаяся в форме согласия, является конфиденциальной и защищена законом. Она будет внесена в Реестр иммунизации Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса и связана с AIR, чтобы ее можно было посмотреть на сайте MyGov.

В. Где я могу найти более подробную информацию о вакцинации в школах?

Более подробную информацию вы можете найти:

- **на сайте Министерства здравоохранения Нового Южного Уэльса: health.nsw.gov.au/schoolvaccination;**
- **позвонив в местное отделение общественного здравоохранения по телефону 1300 066 055.**

Ваши следующие шаги:

- **Если вы хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку от ветряной оспы, заполните и подпишите форму согласия. Отдайте ее ребенку для передачи в школу.**
- **Если вы не хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку, не давайте согласия.**

Ваши следующие шаги:

- Если вы хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку от ветряной оспы, заполните и подпишите форму согласия. Отдайте ее ребенку для передачи в школу.
- Если вы не хотите, чтобы ваш ребенок получил прививку, не давайте согласия.

Вакцина против варицеллы (ветряной оспы)

Октябрь 2024 г. © NSW Health. SHPN (HP NSW) 240756 -1.

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

Что делать после вакцинации

- Сохраните эту запись, так как позднее от вас может потребоваться предоставить эту информацию.
- Информация о вакцинациях вашего ребенка будет автоматически загружена в Австралийский реестр иммунизации (AIR). Возможно, вы захотите сообщить своему врачу-терапевту дату вакцинации.

Что делать, если в месте инъекции возникла местная реакция

- Для облегчения боли приложите к месту инъекции холодную примочку.
- От боли можно дать ребенку парацетамол.
- Пить побольше жидкости.

Если у вашего ребенка возникла реакция, которая вас беспокоит, обратитесь к местному врачу.

NSW GOVERNMENT

240756-2

Согласие на вакцинацию против варицеллы (ветряной оспы)

NSW GOVERNMENT

Русский | Russian

Заполняется родителем (опекуном). Пожалуйста, заполните печатными **ЗАГЛАВНЫМИ** буквами, ручкой с **черными** или **синими** чернилами.

1. Данные учащегося (ейся)

Фамилия

Имя, второе имя (если имеется)

Дата рождения / / 2 0

Пол
- Мужской
- Женский
- Неопределенный/ Интерсекс/ Не указано

Класс

Название школы

Номер карты Medicare

Номер рядом с именем вашего ребенка на карте Medicare

2. Принадлежность к коренным народностям

- Нет
- Да, представитель(ница) коренных народностей (абориген)
- Да, уроженец(ка) островов Торресова пролива
- Да, и абориген(ка), и уроженец(ка) островов Торресова пролива.

3. Ваши данные – родитель или законный опекун

Я прочитал(а) и понял(а) предоставленную информацию относительно преимуществ и возможных побочных эффектов вакцины против ветряной оспы.

Настоящим я даю согласие на вакцинацию моего ребенка, указанного выше, против ветряной оспы.

Учащимся в возрасте 14 лет и старше необходимо сделать две прививки против ветряной оспы.

Я заявляю, что, насколько мне известно, мой ребенок:

1. Не имел анафилактической реакции после какой-либо вакцины.
2. Не имеет анафилактической чувствительности ни к одному из компонентов вакцины, перечисленных в прилагаемом информационном листке для родителей.
3. Не беременна.

Имя,фамилия родителя (опекуна) (например, JOHN SMITH)

Домашний адрес (например, 5 SMITH LANE)

Район

Почтовый индекс

Номер мобильного телефона

Альтернативный номер телефона (включая код города, например, 02)

Подпись родителя/опекуна

X

Дата / / 2 0

Sample

Запись о вакцинации против варицеллы (ветряной оспы)

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

1-Я ДОЗА

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

2-Я ДОЗА

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ 2 0 __ __

Заметки медсестры

Причина отсутствия вакцинации

- ☐ Отсутствует
- ☐ Отказался(ась)
- ☐ Нездоров(а)
- ☐ Нет подписи
- ☐ Согласие отозвано
- ☐ Иное

Родитель (опекун) Запись о вакцинации против варицеллы (ветряной оспы)

Запись о вакцинации против варицеллы (ветряной оспы)

1-Я ДОЗА

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ __ __ __ __

Запись о вакцинации против варицеллы (ветряной оспы)

2-Я ДОЗА

✍ Заполняется родителем (опекуном)

Имя учащегося(ейся) (например, JANE SMITH)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Рука ☐ Левая ☐ Правая

Время вакцинации (24-часовой формат) __ __ : __ __

Номер партии вакцины

Подпись медсестры ×

Дата __ __ / __ __ __ __ __ __

Sample