

D'Úsáid na hOifige Amháin

Rang:

Uimhir Rolla na Scoile:

Aitheantais Cliant:

Ainm:

Dáta Breithe:

Foirm Toilithe Vacsaínithe do leanaí atá ag tosú sa 1ú Bliain sa mheánscoil i Meán Fómhair 2019

Vacsaínithe do HPV, Tdap agus MenACWY

Ní mór an fhoirm toilithe seo a chomhlánú chun toileadh go dtabharfaí

- Dhá dháileog de vacsaín HPV (vacsaín don phapalómaivíreas daonna)
- Aon dáileog amháin de vacsaín Tdap (vacsaín don teiteanas, diftéire agus triuch)
- Aon dáileog amháin de vacsaín MenACWY (vacsaín meiningeacocúil ACWY)

Tabharfar na vacsaíní seo i rith na scoilbhliana.

Tabharfar 2 vacsaín ag gach cuairt scoile.

Cuairt 1: HPV (Dáileog a haon) + Tdap

Cuairt 2: HPV (Dáileog a dó) + MenACWY

Tabhair faoi deara nach féidir le duine ar bith seachas tuismitheoir nó caomhnóir, toiliú nó gan toiliú thar ceann daltaí. De réir dlí, is féidir le daltaí os cionn 16 bliana d'aois toiliú ar a s(h)on féin.

Comhlánaigh an fhoirm seo le peann i mBLOCLITREACHA.

Comhlánaigh an fhoirm toilithe seo le do thoil, agus seol ar ais í sa chlúdach litreach atá ar fáil, sula dtosaíonn na vacsaínithe.

Ráiteas Príobháideachta: Tá baill foirne FSS ar an eolas faoin dualgas atá orthu faoi na hAchtanna um Chosaint Sonraí, 1988-2018 (lena n-áirítear an Rialachán Ginearálta maidir le Cosaint Sonraí). Beidh an t-eolas a chuirfear ar fáil stóráilte i mBunachair Imdhíonta. Bainfidh FSS úsáid as an eolas seo chun cliant a dheimhniú, monatóireacht a dhéanamh ar na cláir vacsaínithe agus soláthar chúram sláinte. Roinnfear sonraí vacsaínithe HPV le CervicalCheck – an Clár Scagthástála Cheirbheacs Náisiúnta chun úsáid a bhaint as i gcomhthéacs a seirbhís.

Notes/Comments: (Don oifig amháin)

D'Úsáid na hOifige Amháin

Rang:

Uimhir Rolla na Scoile:

Aitheantais Cliaint:

Ainm:

Dáta Breithe:

Sonraí Pearsanta

CUID 1

Comhlánaigh an chuid seo do gach

Dalta (BAIN ÚSÁID AS BLOCLITREACHA LE DO THOIL)

Ainm an Dalta:

Lár-Ainm an Dalta:

Sloinne an Dalta (Ainm Teaghlaigh):

Ar fearr aithne air/uirthi mar:

Uimhir Phearsanta Seirbhíse Poiblí (UPSP) an Dalta:

(Is ar mhaithe le do thaifead imdhíonta a bhainistiú atá do UPSP ag teastáil agus chuige sin amháin)

Dáta Breithe an Dalta:

Inscne: Fireann

Baineann

L L M M B B B B

Ainm na Máthar roimh phósadh di:

(D'fhéadfadh go mbeadh an t-eolas ag teastáil chun imdhíonadh an linbh a bhainistiú)

Seoladh an Dalta:

Éirchód:

Contae:

Seoladh an Linbh ag an uair dheireanach a bhí vacsaín aige/aici:

Céadainm agus Sloinne an Tuismitheora/Chaomhnóra Dhlíthiúil:

Uimhir Fóin i rith an lae:

Uimhir fón póca:

An bhfuil tú ag toiliú le téacsanna a fháil maidir le coinní do vacsaíní?

Tá

Níl

Rang:

Bliain:

Ainm na Scoile/an Choláiste:

1. An raibh an dalta seo sa chéad bhliain cheana féin?

Bhí

Ní raibh

2. An bhfuair an dalta seo vacsaín HPV cheana?

Fuair

Ní bhfuair

3. An raibh aon tinneas tromchúiseach ar an ndalta seo le déanaí?

Bhí

Ní raibh

Sonraigh le do thoil: _____

4. An bhfuil cógas á thógáil ag an ndalta seo faoi láthair?

Tá

Níl

Sonraigh le do thoil: _____

5. An raibh droch-fhriithghníomh ailléirgeach ag an dalta seo i gcoinne **aon rud**, drugaí nó vacsaín san áireamh (anaifiolacsas san áireamh)?

Bhí

Ní raibh

Sonraigh le do thoil: _____

6. An bhfuil tinneas/riocht sláinte ar an ndalta seo a mhéadaíonn baol fuilithe?

Tá

Níl

Sonraigh le do thoil: _____

Lean ar aghaidh go dtí leathanach 3 chun toiliú nó diúltú ▶

D'Úsáid na hOifige Amháin

Rang:

Uimhir Rolla na Scoile:

Aitheantais Cliant:

Ainm:

Dáta Breithe:

Roghnaigh Cuid 2 (TOILÍM) **NÓ** Cuid 3 (NÍ THOILÍM) do **GACH VACSAÍN**

CUID 2

Cuir tic sa bhosca le do thoil do gach vacsaín a dtoilíonn tú léi agus sínígh chun a rá **TÁ**

Táim ag toiliú le vacsaíniú an dalta thuasluaite le:

HPV

Tdap

MenACWY

- Tá an t-eolas vacsaíne atá in éineacht leis seo léite agam agus tuigim é, fo-iarmhairtí atá ar eolas san áireamh.
- Tuigim nach moltar go dtabharfaí an vacsaín HPV le linn toirchis.
- Tuigim go bhfuilim ag toiliú go dtabharfaí 2 dháileog den vacsaín HPV thar tréimhse 6 go 12 mhí.
- Deimhním agus an fhoirm seo á síniú agam go bhfuil údarú agam mo chead a thabhairt ar son an dalta thuasluaite. (De réir dlí, is féidir le dalta os cionn 16 bliana d'aois toiliú ar a s(h)on féin.)

Síniú: _____ Dáta:
L L M M B B B B

Ainm (Priontáil led' thoil):

(Ticeáil led' thoil): Tuismitheoir Caomhnóir Dlíthiúil Féin

OR

CUID 3

Cuir tic sa bhosca le do thoil do gach vacsaín nach dtoilíonn tú léi agus sínígh chun a rá **NÍL**

Nílím ag toiliú le vacsaíniú an dalta thuasluaite le:

HPV

Tdap

MenACWY

- Tá an t-eolas vacsaíne atá in éineacht leis seo léite agam agus tuigim é, fo-iarmhairtí atá ar eolas san áireamh.
- Deimhním agus an fhoirm seo á síniú agam go bhfuil údarú agam gan mo chead a thabhairt ar son an dalta thuasluaite. (De réir dlí, is féidir le dalta os cionn 16 bliana d'aois toiliú ar s(h)on féin.)

Síniú: _____ Dáta:
L L M M B B B B

Ainm (Priontáil led' thoil):

(Ticeáil led' thoil): Tuismitheoir Caomhnóir Dlíthiúil Féin

Fáth leis an ndiúltú: _____

D'Úsáid na hOifige Amháin

Rang:

Uimhir Rolla na Scoile:

Aitheantais Cliant:

Ainm:

Dáta Breithe:

FOR OFFICE USE ONLY / D'ÚSÁID NA HOIFIGE AMHÁIN

VISIT 1

HPV Dose	Date Given	Batch Number	Prescribed by signature and MCRN/PIN	Vaccinator's signature and PIN/MCRN	Injection Site (Circle as appropriate)																	
1	<table border="1"> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>	□	□	□	□	□	□	□	□	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y				Right Deltoid	Left Deltoid
□	□	□	□	□	□	□	□															
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y															
Time Vaccinated:		AM / PM		Vaccination Location: School <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/>																		
Clinic Name:																						

Tdap Dose	Date Given	Batch Number	Prescribed by signature and MCRN/PIN	Vaccinator's signature and PIN/MCRN	Injection Site (Circle as appropriate)																	
1	<table border="1"> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>	□	□	□	□	□	□	□	□	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y				Right Deltoid	Left Deltoid
□	□	□	□	□	□	□	□															
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y															
Time Vaccinated:		AM / PM		Vaccination Location: School <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/>																		
Clinic Name:																						

Completed by: _____ MCRN/PIN: _____

□	□	□	□	□	□	□	□
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

(if applicable)

If vaccine not administered please state why?

DNA or Absent Refused on the Day

Vaccine Contraindicated Deferred Other

VISIT 2

HPV Dose	Date Given	Batch Number	Prescribed by signature and MCRN/PIN	Vaccinator's signature and PIN/MCRN	Injection Site (Circle as appropriate)																	
2	<table border="1"> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>	□	□	□	□	□	□	□	□	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y				Right Deltoid	Left Deltoid
□	□	□	□	□	□	□	□															
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y															
Time Vaccinated:		AM / PM		Vaccination Location: School <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/>																		
Clinic Name:																						

MenACWY Dose	Date Given	Batch Number	Prescribed by signature and MCRN/PIN	Vaccinator's signature and PIN/MCRN	Injection Site (Circle as appropriate)																	
1	<table border="1"> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>	□	□	□	□	□	□	□	□	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y				Right Deltoid	Left Deltoid
□	□	□	□	□	□	□	□															
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y															
Time Vaccinated:		AM / PM		Vaccination Location: School <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/>																		
Clinic Name:																						

Completed by: _____ MCRN/PIN: _____

□	□	□	□	□	□	□	□
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

(if applicable)

If vaccine not administered please state why?

DNA or Absent Refused on the Day

Vaccine Contraindicated Deferred Other