

D'ÚSÁID NA HOIFIGE AMHÁIN

Ainm:

Dáta Breithe:

Aitheantas Cliaint:

(Más infheidhme) Rang:

Uimhir Rolla Scoile:

Foirm Toilithe Vacsaínithe do daoine a fhaigheann an vacsaín gabhála HPV (papalómaivíreas daonna)

Is gá an fhoirm toilithe seo a chomhlánú le haghaidh:

- 1 dáileog de vacsaín HPV (dóibh siúd a bhfuil córas imdhíonachta sláintiúil acu)
- 3 dháileog de vacsaín HPV (dóibh siúd a bhfuil córas imdhíonachta lag acu)

Tabharfar an vacsaín seo le linn 2022 agus 2023 amháin.

Nótáil le do thoil nach féidir le haon duine ach tuismitheoir nó caomhnóir dlíthiúil amháin toiliú nó diúltú toiliú thar ceann daltaí. Tá duine ar bith atá 16 bliana d'aois nó níos sine i dteideal toiliú dóibh féin go dlíthiúil. Léigh tuilleadh faoi thoilíú ar shuíomh gréasáin FSS <https://bit.ly/ConsentU16>.

COMHLÁNAIGH AN FHOIRM I MBLOCCHAIPITIL AG BAINT ÚSÁIDE AS PEANN.

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

Ráiteas Príobháideachais: Tá foireann FSS ar an eolas faoina n-oibleagáid faoi na hAchtanna um Chosaint Sonraí, 1988-2018 (lena n-áirítear GDPR). Cuirfear an fhaisnéis a sholáthraítear san áireamh i mBunachar Sonraí Imdhíonta. Úsáidfidh FSS an fhaisnéis seo chun cliaint a bhailíochtú, monatóireacht a dhéanamh ar chláir vacsaínithe agus chun cúram sláinte a chur ar fáil. Cuirfear na sonraí do HPV ar fáil do CervicalCheck – An Clár Náisiúnta Scagthástála Ceirbheacs le húsáid i gcomhthéacs a sheirbhíse.

Nótaí/Tuairimí:

Sonraí Pearsanta

CUID 1 Comhlánaigh an chuid seo le sonraí an duine a fuair an vacsaín (ÚSÁID BLOCLITREACHA le do thoil)

Céadainm:

an dara hainm:

Sloinne (Ainm an Teaglaigh):

a mhalairt ar a dtugtar:

Uimhir Phearsanta Seirbhíse Poiblí (UPSP):

(Beidh UPSP ag teastáil chun do thaifead imdhíonta a bhainistiú amháin)

Dáta Breithe:

Inscne sannta ag breith: Fireann Baineann

Féiniúlacht inscne: Fireann (Fireann Trasghnéasach san áireamh) Baineann (Baineann Trasghnéasach san áireamh)

Sloinne na máthar ag breith:

(D'fhéadfadh an fhaisnéis seo a bheith ag teastáil chun d'imdhíonadh a bhainistiú)

D'ÚSÁID NA HOIFIGE AMHÁIN

Ainm:

Aitheantas Cliaint:

Seoladh:

Éirchód: Contae:

Seoladh an uair dheireanach a fuair siad vacsaín:

Céadainm agus sloinne an tuismitheora/ an chaomhnóra dlí má tá siad faoi 16 bliana d'aois:

Uimhir Theileafóin i rith an lae:

Uimhir Fón Póca:

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

Cúlra eitneach nó cultúrtha:

A. Bán (*Éireannach, taistealaí Éireannach, Roma, Úcráinis*)

B. Daoine Dubha nó Éireannaigh Dubha (*Afracach, Aon chúlra Dubh eile*)

C. Muintir na hÁise nó Éireannaigh na hÁise (*Sínis, aon chúlra Áiseach eile*)

D. eile, lena n-áirítear cúlra measctha (*Araibis, scríobh aon chulra eile sa chur síos*)

Cur síos

Náisiúntacht:

Ríomhphost:

An bhfuil tú sásta cead a thabhairt chun ríomhphoist maidir le coinní vacsaínithe a fháil? Tá Níl

Rang: Bliain:

Ainm na Scoile/an Choláiste:

1. An bhfuair tú vacsaín HPV roimhe seo? Tá Níl

2. An raibh aon tinneas tromchúiseach ort le blianta beaga anuas? Tá Níl

Tabhair mionsonraí le do thoil

3. An bhfuil cógas á thógáil agat faoi láthair? Tá Níl

Tabhair mionsonraí le do thoil

4. An raibh frithghníomhú dian agat riamh ar **aon rud** lena n-áirítear cógas nó vacsaín (lena n-áirítear anaifiolacsas)? Tá Níl

Tabhair mionsonraí le do thoil

5. An bhfuil aon tinneas nó coinníoll agat a mhéadaíonn do riosca fuilithe? Tá Níl

Tabhair mionsonraí le do thoil

6. Teastaíonn 3 dháileog de vacsaín HPV ó dhaoine a bhfuil na coinníollacha liostaithe acu thíos toisc go bhfuil córas imdhíonachta lag acu. Má cheapann tú go bhfuil aon cheann de na coinníollacha seo agat/ag do pháiste fiafraigh de do Speisialtóir / Comhairleoir, má tá 3 dháileog de vacsaín HPV uait mar gheall ar do chóras imdhíonachta lag, agus inis don fhoireann vacsaínithe nuair a fhreastalaíonn tú ar do choinne vacsaínithe.

• Gaschill haematapóeiseach nó faighteoirí trasphlandaithe orgán soladach

• Ionfhabhtú VEID

• Neamhoird haemateolaíocha urchóideacha a théann i bhfeidhm ar an smior nó

• córais limfeacha, m.sh., leicéime, liomfóma, dyscrasias fola

• Súmairí soladacha urchóideacha neamh-haemateolaíocha

• Easpa imdhíonachta príomhúil

• Laistigh de choicís ó thosú, ar nó laistigh de thrí nó sé mhí tar éis teiripe suntasach imdhíon-shochtadh a fháil

Is féidir leat iarraidh ar do Speisialtóir/ Comhairleoir cuairt a thabhairt ar www.immunisation.ie tuilleadh eolais a fháil chun cabhrú leis an bplé seo.

Chuir mo Speisialtóir/Comhairleoir cóireála in iúl dom gur cheart go mbeadh 3 dháileog de vacsaín HPV agam mar gheall ar chóras imdhíonachta lag a bheith agam. Tá Níl

D'ÚSÁID NA HOIFIGE AMHÁIN

Ainm:

Dáta Breithe:

Aitheantas Cliaint:

(Más infheidhme) Rang:

Uimhir Rolla Scoile:

Roghnaigh Cuid 2 (TOILÍM) NÓ Cuid 3 (NÍ THOILÍM) Toilím

CUID 2 Chun toiliú don vacsaín HPV ní mór tic a chur sa bhosca TOILÍM agus síniú thíos

Sea, toilím le vacsaíniú na nithe thuas atá ainmnithe le:

HPV



- Léigh mé agus tuigim an t-eolas vacsaíne a ghabhann leis, fo-iarmhairtí aitheanta san áireamh.
- Tuigim nach moltar vacsaín HPV le linn toirchis.
- Tuigim go bhfuil mé ag tabhairt toiliú chun 1 dháileog de vacsaín HPV a riaradh (comhlánaigh an rogha seo - tá córas imdhíonachta sláintiúil ag an duine atá á vacsaíniú).
- Tuigim go bhfuil mé ag tabhairt toiliú chun 3 dháileog de vacsaín HPV a riaradh thar 6 mhí (comhlánaigh an rogha seo má thug an Speisialtóir/Comhairleoir a chaitheann leis an duine atá á vacsaíniú comhairle go bhfuil 3 dháileog de vacsaín HPV ag teastáil mar gheall ar imdhíon-chomhréiteach/córas imdhíonachta lag).
- Deimhním tríd an bhfoirm seo a shíniú go bhfuil mé údaraithe toiliú a thabhairt thar ceann an mhic léinn ainmnithe thuas. (Tá daoine atá 16 bliana d'aois nó níos sine i dteideal toiliú dóibh féin go dlíthiúil)

Síniú: _____

Dáta toilithe:

Síniú: _____

L L M M B B B B

Ainm (Priontáil le do thoil):

(Cuir tic le do thoil): Caomhnóir Dlí na dTuismitheoirí Féin

CUID 3 Cuir tic sa bhosca mura dtoilíonn tú an vacsaín HPV a fháil agus sínigh chun NÍL a rá

Nílím ag toiliú le vacsaíniú an dalta thuasluaite le:

HPV

- Léigh mé agus tuigim an t-eolas vacsaíne a ghabhann leis, fo-iarmhairtí aitheanta san áireamh.
- Deimhním tríd an bhfoirm seo a shíniú go bhfuil mé údaraithe toiliú a thabhairt thar ceann an mhic léinn ainmnithe thuas. (Tá daoine atá 16 bliana d'aois nó níos sine i dteideal toiliú dóibh féin go dlíthiúil)

Síniú: _____

Dáta:

Síniú: _____

L L M M B B B B

Ainm (Priontáil le do thoil):

(Cuir tic le do thoil): Caomhnóir Dlí na dTuismitheoirí Féin

Cúis le Bréagnú: _____

D'ÚSÁID NA HOIFIGE AMHÁIN

Ainm: Dáta Breithe: Aitheantas Cliaint:
(Más infheidhme) Rang: Uimhir Rolla Scoile:

FOR OFFICE USE ONLY / D'ÚSÁID NA HOIFIGE AMHÁIN

VISIT 1 HPV (Dose one)

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

Completed by: MCRN/PIN:
(if applicable)
D D M M Y Y Y Y

If vaccine not administered please state why? DNA or Absent Refused on the Day
Vaccine Contraindicated Deferred Other

VISIT 2 HPV (Dose two) if immunocompromised

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

Completed by: MCRN/PIN:
(if applicable)
D D M M Y Y Y Y

If vaccine not administered please state why? DNA or Absent Refused on the Day
Vaccine Contraindicated Deferred Other

VISIT 3 HPV (Dose three) if immunocompromised

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

Completed by: MCRN/PIN:
(if applicable)
D D M M Y Y Y Y

If vaccine not administered please state why? DNA or Absent Refused on the Day
Vaccine Contraindicated Deferred Other