

Rang:

Dáta Breithe:

Ainm:

Uimhir Rolla na Scoile:

Aitheantais Cliant:

# Foirm Thoilthe Vacsaínithe 2023/2024 do pháistí atá ag tosú sa chéad bhliain ar an meánscoil Vacsaínithe do HPV, Tdap agus MenACWY

# 1ú Bliain

Is gá an fhoirm toilithe seo a chomhlánú

- Dáileog amháin de vacsaín HPV (dóibh siúd a bhfuil córas imdhíonachta sláintiúil acu) nó 3 dháileog den vacsaín HPV (dóibh siúd a bhfuil córas imdhíonachta lag acu)
- 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 3 vacsaín ag gach cuairt scoile.

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. Léigh tuilleadh faoi thoiliú ar shuíomh gréasáin FSS <https://bit.ly/U16>.

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 Príobháideachais:** Chun vacsaín(i) a riaradh go sábháilte, agus chun na sonraí riachtanacha go léir a thairgeadh chun monatóireacht agus bainistiú a dhéanamh ar vacsaín(i), beidh an FSS ag próiseáil sonraí pearsanta do pháiste. Beidh na sonraí go léir a phróiseálann FSS i gcomhréir leis an reachtaíocht um chosaint sonraí éagsúla lena n-áirítear na hAchtanna um Chosaint Sonraí 1988-2018, Rialachán (AE) 2016/679 (An Rialachán Ginearálta maidir le Cosaint Sonraí, RGCS), agus an tAcht um Aitheantóirí Sláinte, 2014. Beidh próiseáil sonraí do pháiste dleathach agus cothrom. Ní dhéanfar é a phróiseáil ach chun críocha sonracha lena n-áirítear, chun na vacsaíní a bhainistiú, chun cláir vacsaínithe a thuirisciú agus a mhonatóiriú, chun cliant a bhailíochtú agus cúram sláinte a sholáthar. D'fhéadfadh comhroinnt sonraí idir ranna FSS tarlú freisin.

Níltes/Comments: (Don oifig amháin)

## 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 thairgeadh imdhíonta a bhainistiú atá do UPSP ag teastáil agus chuige sin amháin)

Dáta Breithe an Dalta:

  
L L M M B B B B

Inscne:

Fireann

Baineann

Sloinne na máthar Roimh Phósadh di:

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

Seoladh an Dalta:

FOR OFFICE USE ONLY / D'ÚSÁID NA HOIFIGE AMHÁIN

Rang:  Dáta Breithe:   
Ainm:  Uimhir Rolla na Scoile:  Aitheantais Cliant:

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

Ríomhphost:

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

Cúlra eitneach nó cultúrtha na mac léinn:

A. Geal (*Éireannach, Taistealaí Éireannach, Romach, Úcránach, aon Chúlra Geal Eile*)

B. Gorm nó Éireannach Gorm (*Afracach, aon chúlra Gorm eile*)

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

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

Cur síos:

Náisiúnacht an Dalta:

Rang:  Year:

Ainm na Scoile/an Choláiste:

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

2. An bhfuair an dalta seo vacsaín HPV cheana? Tá  Níl

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

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-fhrithghníomh ailléirgeach ag an dalta seo i gcoinne aon rud, drugaí nó vacsaín san áireamh (anaifiolacsas san áireamh)? Tá  Níl

Sonraigh le do thoil:

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

Sonraigh le do thoil:

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 haematapóiseach nó faighteoirí trasphlandaithe orgán soladach
- Ionfhabhtú VEID
- Neamhoird haemaiteolaíocha urchóideacha a théann i bhfeidhm ar an smior nó
- córais limfeacha, m.sh., leicéime, liomfóma, dyscrasias fola
- Súmairí soladacha urchóideacha neamh-haemaiteolaíocha
- Easpa imdhíonachta príomhúil
- Laistigh de dhá sheachtain ó thosú, ar nó laistigh de thrí go sé mhí ó theiripe imdhíonachta suntasach a fháil

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

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



Name:  School Roll Number:  Client ID:

### VISIT 1 HPV (Dose one) + Tdap + MenACWY

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D D M M Y Y Y Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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"/>							

Tdap Dose	Date Given	Batch Number	Prescribed by signature and MCRN/PIN	Vaccinator's signature and PIN/MCRN	Injection Site (Circle as appropriate)		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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"/>							

Men-ACWY Dose	Date Given	Batch Number	Prescribed by signature and MCRN/PIN	Vaccinator's signature and PIN/MCRN	Injection Site (Circle as appropriate)		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D D M M Y Y Y Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D D M M Y Y Y Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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