DON OIFIG AMHÁIN

Ainm an Ranga : _____ **Uimhir Rolla:** _____ **Baiscuimhir an Chliaint:** _____

Feidhmeannacht na Seirbhíse Sláinte
Health Service Executive

Sineánómaivíreas Daonna (HPV)
Foirm Thoilithe Vacsaínithe

vacsain HPV

Más mian leat toiliú líon isteach Cuid 1, 2 agus 3. Mura mian leat toiliú líon isteach Cuid 1, 2 agus 4.

CUID 1 Líon isteach an chuid seo do gach cailín

Céad Ainm: | Dara hAinm: | Sloinne:

PPSN an Chailín **(Roghnach)**: | Dáta breithe: LÁ MÍ BLIAIN

Sloinne Breithe an Chailín: | Ainm na Máthar roimh pósadh di:

Seoladh baile:

Contae:

Uimhir Fón an Tuismitheora/Caomhnóra: Fón Baile: | Fón Póca:

Scoil/Coláiste: | 1ú bhliain: | 2ú bhliain:

Mura bhfuil sé/sí ar scoil nó coláiste (cuir tic sa mbosca): Scolaíocht Bhaile | Lasmuigh den Chóras Scolaíochta

Ainm agus Seoladh an DT:

Uimhir Fón an DT:

CUID 2 Líon an Rannóg seo má rinneadh vacsaíniú don HPV ar an gcailín seo cheanna

	Ainm an Vacsaín (Gardasil nó Cervarix)	Cnuasuimhir	Dáta imdhíonaithe
Dáileog 1			
Dáileog 2			
Dáileog 3			

RÁITEAS PRÍOBHÁIDEACHAIS: Bainfear úsáid as an eolas a thugann tú chun monatóireacht a dhéanamh ar an gclár vacsaínithe HPV agus soláthar cúram sláinte. Tá foireann FSS ar an eolas faoi na dualgais atá orthu faoi na hAchtanna um Chosaint Sonraí, 1988 agus 2003.

An bhfuil tú sásta go mbeidh a taifid vacsaínithe HPV nasctha le:

taifid imdhíonaithe FSS eile a bhaineann léi — Tá ☐ Níl ☐

a sonraí taifead scagthástála ailse ceirbheacsach agus an tSeirbhís Náisiúnta Scagthástála Ailse — Tá ☐ Níl ☐

CUID 3 Líon an rannóg seo más mian leat go ndéanfar vacsaíniú ar an gcailín seo

Freagair na ceisteanna seo a leanas led' thoil sula dtugann tú cead. D'fhéadfadh dochtúir nó altra cinneadh vacsaíniú a dhéanamh, a chur ar athló nó a choinneáil siar. .

An raibh frithghníomh dona in aghaidh Gardasil aici cheanna? — Bhí ☐ Ní raibh ☐

An bhfuil ailléirge aici in aghaidh aon chomhábhair den vacsaín (sulfáit alúmanam hiodracsafosfáit. L-histidín, Polasorbáit 80, giosta)? — Tá ☐ Níl ☐

An bhfuil sí ag iompar clainne? — Tá ☐ Níl ☐

An bhfuil tinneas/riocht sláinte uirthi a mhéadaíonn baol fuilithe? — Tá ☐ Níl ☐

Léigh mé agus thuig mé an t-eolas a tugadh dom faoin vacsaíniú, rioscaí agus fo-iarmhairtí san áireamh. Tuigim go bhfuilim ag toiliú chun trí dháileadh de Gardasil a fháil thar thréimhse 6 – 12 mí. Tá sé d'údarás agam toiliú go dtabharfar an vacsaín don chailín thuas luaite nó dom féin. (Tá cead acu san atá os cionn16 bliana d'aois toiliú ar a son féin)

Ainm (priontáil, le do thoil): _____ **(Ticeáil): Tuismitheoir** ☐ **Caomhnóir** ☐ **Féin** ☐

Síniú: _____ **Dáta:** _____ **(LL/MM/BBBB)**

PTO

Sineánómaivíreas Daonna (HPV) Foirm Thoilithe Vacsaínithe

CUID 4 **Líon an rannóg seo mura dtoilíonn tú go ndéanfar vacsaíniú ar an gcailín seo**

Ní thoilím don vacsaíniú.

Tar éis an t-eolas a tugadh dom a léamh, ní mian liom go dtabharfar an vacsaín Gardasil don chailín seo.
(Tá cead acu san atá os cionn16 bliana d'aois toiliú ar a son féin.)

Ainm (Priontáil, le do thoil): _____ (Ticeáil): Tuismitheoir ☐ Caomhnóir ☐

Síniú: _____ Dáta: _____ (LL/MM/BBBB)

FOR OFFICE USE ONLY – GARDASIL VACCINATION

Dose	Date Given	Batch Number	Site Given	Prescribed by signature and MCRN	Vaccinator's signature and MCRN/Nurse PIN	Vaccination location (school name or roll number or clinic name)
1	/ /					

If **Dose 1** not given please tick reason: Absent ☐ Unwell ☐ Refused ☐ Clinical reason ☐ Other ☐

Comment: _____

Signature: _____ Adverse Reaction Reported to IMB: Yes ☐ No ☐

Dose	Date Given	Batch Number	Site Given	Prescribed by signature and MCRN	Vaccinator's signature and MCRN/Nurse PIN	Vaccination location (school name or roll number or clinic name)
2	/ /					

If **Dose 2** not given please tick reason: Absent ☐ Unwell ☐ Refused ☐ Clinical reason ☐ Other ☐

Comment: _____

Signature: _____ Adverse Reaction Reported to IMB: Yes ☐ No ☐

Dose	Date Given	Batch Number	Site Given	Prescribed by signature and MCRN	Vaccinator's signature and MCRN/Nurse PIN	Vaccination location (school name or roll number or clinic name)
3	/ /					

If **Dose 3** not given please tick reason: Absent ☐ Unwell ☐ Refused ☐ Clinical reason ☐ Other ☐

Comment: _____

Signature: _____ Adverse Reaction Reported to IMB: Yes ☐ No ☐