

**No:** My child has already had the disease and therefore does not need the vaccine. (Please sign and write dates when administered)

Date: / /  
Parent/Guardian Signature:

**OR**

**No:** After reading the information provided, I do not wish to have my child immunised with the chickenpox vaccine at this time.

Parent/Guardian Signature: / /  
Date: / /

### Pre-Immunisation Checklist

Before you have your child immunised, check this list. If any of the situations apply to your child, tell your doctor or nurse before immunisation in case the vaccine needs to be deferred:

- Are unwell on the day of immunisation (temperature over 38.5°C)
- Has any severe allergies
- Has had a severe reaction following any vaccine
- Has a disease or is having a treatment which causes low immunity (for example HIV/AIDS, leukaemia, cancer, radiotherapy or chemotherapy)
- Is taking steroids of any sort other than inhaled asthma sprays or steroid creams (for example cortisone or prednisone)
- Is pregnant
- Has received immunoglobulin or a blood transfusion in the last 3 months or intravenous immunoglobulin in the last 9 months

People who are receiving immunisation should remain at the place of immunisation for a period of 15 minutes.

If you require further advice or information, please contact your local government health department or doctor.

The information you provide on this consent card is for the sole purpose of monitoring immunisation programs by the State and Australian Governments. The data will be kept confidential and identifying information will not be disclosed for any other purpose. You can access your information by contacting your immunisation provider.

Immunisation Provider stamp

## Kako ispuniti karticu sa pristankom, nakon što pročitate priložene informacije:

**Chickenpox Immunisation Consent Card** Recommended Vaccine for Year 7 Secondary School Students

Please read both sides of the consent form and attached fact sheet before completing.

Parent Name: \_\_\_\_\_  
Address: 4 BLOCK STREET \_\_\_\_\_  
Postcode: 3000 \_\_\_\_\_  
Date of Birth: / / \_\_\_\_\_  
Phone: 03 9321 5507 \_\_\_\_\_  
School: \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian, please sign if you agree to your child receiving the vaccine.**

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Date: / / \_\_\_\_\_

**OTHER USE ONLY:**

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Date: / / \_\_\_\_\_

See the back of this card if the vaccine is not to be given.

### Za svu djecu

Molimo vas ispunite sa podacima o vašem djetetu

### Zatim

Ispunite ovaj dio ako želite da vaše djetete bude imunizirano.

### ILI

Ispunite ovaj dio ako je vaše djetete u prošlosti imunizirano protiv vodenih kozica ili je prebolovalo bolest.

Ispunite ovaj dio ako ne želite da vaše djetete bude imunizirano.

**YES** My child has already had the disease and therefore does not need the vaccine.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Date: / / \_\_\_\_\_

**NO** After reading the information provided, I do not wish to have my child immunised with the chickenpox vaccine at this time.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Date: / / \_\_\_\_\_

**Pre-Immunisation Checklist**

Before you have your child immunised, check this list. If any of the situations apply to your child, tell your doctor or nurse before immunisation in case the vaccine needs to be deferred:

- Has any severe allergies
- Has a disease or is having a treatment which causes low immunity (for example HIV/AIDS, leukaemia, cancer, radiotherapy or chemotherapy)
- Is taking steroids of any sort other than inhaled asthma sprays or steroid creams (for example cortisone or prednisone)
- Is pregnant
- Has received immunoglobulin or a blood transfusion in the last 3 months or intravenous immunoglobulin in the last 9 months

People who are receiving immunisation should remain at the place of immunisation for a period of 15 minutes.

If you require further advice or information, please contact your local government health department or doctor.

Immunisation Provider stamp

## Vodene kozice (Varičela) Vakcina koja se preporučuje učenicima 7 godine srednjih škola

### Važne informacije:

- Mjesne vlasti će uskoro posjetiti vašu školu u vezi ovog programa imunizacije.

- Ukoliko imate bilo kakvih pitanja ili znate neke informacije koje bi pomogle mjesnim vlastima, molimo vas kontaktirajte vaše mjesne vlasti ili napišite na kartici za pristanak.

- Važno je da sve kartice budu vraćene u školu (čak i ako vaše djetete neće biti vakcinisano) jer će to pomoći u praćenju zaštite protiv vodenih kozica u Viktoriji.

- Molimo vas pročitate pružene informacije prije nego što ispunite karticu za pristanak.

immunisation for life  
www.health.vic.gov.au/immunisation



# Chickenpox (Varicella) Immunisation Information



## Vodene kozice (Varicella)

Informacije o imunizaciji

### Vodne kozice

Vodne kozice je izrazito zarazna infekcija koju uzrokuje virus po imenu varicella-zoster. Vodene kozice se prenose kašljanjem i kihanjem i direktnim kontaktom sa tekućinom iz plikova od osipa.

To je najčešće, blago, kratkotrajno oboljenje kod zdrave djece. Ponekad se vodene kozice razvijaju u ozbiljniju bolest poput bakteriološke infekcije kože koja dovodi do ožiljaka na koži, upale pluća ili upale mozga. Odrasli koji dobiju vodene kozice obično imaju teže simptome. Vodene kozice su opasne i po bebe ukoliko do infekcije dođe tokom trudnoće. Vodene kozice mogu izazvati ozbiljnu bolest a čak i smrt, u svim godinama.

Period inkubacije vodenih kozica je od 10 do 21 dan nakon čega dolazi do pojave osipa u vidu crvenih mrlja koje, u roku od nekoliko sati, postaju plikovi. Mrlje se obično pojavljuju po trupu, licu i drugim dijelovima tijela. Većina inficiranih osoba dobiju groznicu, osjećaju slabost i imaju jak svrabež.

### Bosnian

Može ih dobiti svako ko ih nije ranije prebolio. **Sve osobe koje su imale vodene kozice u prošlosti, smatraju se imunim te ne trebaju vakcinu.** Oko 75 posto osoba dobiju vodene kozice prije dvanaeste godine.

### Vakcina protiv vodenih kozica

Vakcina protiv vodenih kozica sadrži modificirani živi virus umanjene jačine i malu količinu antibiotika neomicin.

### Moguće nuspojave od vakuine protiv vodenih kozica

Reakcije su generalno, blage i brzo prestanu. Ako dođe do drole navedenih reakcija, one će se desiti odmah nakon imunizacije.

### Uobičajene nuspojave vakuine protiv vodenih kozica:

- blaga groznica
- bol, crvenilo i oticanje na mjestu uboda
- privremeni mali otok na mjestu uboda

### Neuobičajene nuspojave:

- Na mjestu uboda se mogu pojaviti 2 do 5 mrlja kao kod vodenih kozica a ponekad i na drugim dijelovima tijela, 5 do 26 dana nakon vakcinacije.

U takvim okolnostima, pojava osipa poslije vakuine protiv vodenih kozica ukazuje da osoba treba **izbjegavati svakoga sa oslabljenim imunitetom, dok traje osp.**

Blagi vid vodenih kozica može se javiti jednu ili više godina poslije vakcinacije pošto vakcina nije potpuno djelotvorna kod svake osobe.

### Izuzetno rijetke nuspojave:

- jaka alergična reakcija
- Ako dođe do blagih reakcija, one traju 1 - 2 dana. Nuspojave se mogu ublažiti na sljedeće načine:
  - piti više tečnosti
  - ne nositi puno odjeće
  - staviti hladnu, mokru krpnu na mjesto uboda
  - uzeti paracetamol da se smanji nelagoda

Ako su reakcije teže, ne prestaju ili ste zabrinuti, kontaktirajte vašeg ljekara ili bolnicu.

### Provjera prije imunizacije

Prije imunizacije, recite vašem ljekaru ili sestri ukoliko se bilo šta od drole navedenog odnosi na vaše dijete:

- ako je slabona dan imunizacije (temperatura preko 38,5C)
- ako je imalo ikakve jake alergije
- ako je imalo jaku reakciju na bilo koju vakcinu
- ako ima bolest ili tretman koji uzrokuje slabiji imunitet (npr. HIV/AIDS, leukemija, rak, radioterapija ili kemoterapija)
- ako uzima bilo kakve steroide osim inhalatora za astmu ili steroidnih krema (na primjer, kortizon ili prednizon)
- ako je trudna
- ako je primilo imunogloblin ili transfuziju krvi u posljednjih 3 mjeseca ili introvenozni imunogloblin u zadnjih 9 mjeseci
- osobe koje primaju imunizaciju trebaju ostati na mjestu imunizacije, najmanje 15 minuta

Odsjete karticu za pristanak i vratite je u školu

## Chickenpox Immunisation Consent Card Recommended Vaccine for Year 7 Secondary School Students

Please read both sides of the consent form and attached fact sheet before completing and signing.

Surname:	First Name:
Address:	Postcode:
Date of Birth: / /	Sex: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male
Telephone: (BH)	(AH)
School:	Class Level:

### Parent/Guardian, please sign if you agree to your child receiving chickenpox immunisation.

**Yes:** I have read and understood the attached information and consent to have the above named child vaccinated by receiving a dose of the chickenpox vaccine.

**If your child has had the disease or a chickenpox vaccine in the past, further vaccination is not required. (See back of card)**

Name of Parent/Guardian (please print):

Parent/Guardian

Signature:

Date: / /

**See the back of this card if the vaccine is not to be given.**

### Office Use Only:

Date: / /