

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

Sínigh an fhoirm uair amháin.

Seol an fhoirm chomhlánaithe ar ais go dtí an scoil laistigh de 3 lá scoile.

Ráiteas Príobháideachais: Tá foireann FSS ar an eolas faoi na dualgais atá orthu faoi na hAchtanna um Chosaint Sonraí, 1988 agus 2003. Beidh an t-eolas a chuirfear ar fáil stóralta i mBunachair Imdhíonta. Bainfidh FSS úsáid as an eolas seo chun monatóireacht a dhéanamh ar an gclár vacsaínithe agus soláthar cúram sláinte. Beidh an fhaisnéis curtha ar fáil do CervicalCheck - Clár na hÉireann um Scagadh Ceirbheacsach – le húsáid a bhaint as i gcomhthéacs na Seirbhíse sin.

CUID 1

Líon isteach an chuid seo do gach cailín

Céadainm an Scoláire: Dara Ainm an Scoláire: Sloinne an Scoláire: Uimhir Phearsanta Seirbhíse Poiblí (PPSN) an Pháiste:

(Teastáinn do PPSN chun do thaifead imdhíonta a bhainistiú agus chuige sin amháin)

Dáta Breithe an Scoláire: Sloinne an scoláire nuair a rugadh í:

L L M M B B B B

Ainm na Máthar roimh phósadh di: Dáta Breithe na Máthar:

(Beidh an fhaisnéis ag teastáil ar mhaithe le thaifead imdhíonta do pháiste a bhainistiú)

L L M M B B B B

Seoladh an Scoláire: Contae: Seoladh Baile an Scoláire nuair a Rugadh í: Céadainm agus Sloinne an Tuismitheora / Chaomhnóra Dhlíthiúil: Uimhir theileafóin i rith an lae: Uimhir fón póca: Ainm na Scoile / Coláiste: Rang: Bliain: Ainm agus Seoladh an DT:

(D'fhéadfadh do fhaisnéis a roinnt le do Dhochtúí Teaghlach)

CUID 2

Líon an chuid seo más mian leat go ndéanfar vacsaíniú ar an gcailín seo

An raibh frithghníomh dona cheana in aghaidh Gardasil ag an gcailín seo? Bhí Ní raibh An bhfuil ailléirge aici in aghaidh ceann ar bith de chomhábhair na vacsaíne (sulfáit alúmanam hidracsafosfáit. L-histidín, Polasorbáit 80, giosta)? Tá Níl An bhfuil aon tinneas / riocht sláinte uirthi a mhéadaíonn a baol fuilithe? Tá Níl Sonraigh led' thoil: An bhfuil aon tinneas uirthi atá tromchúiseach nó an bhfuil cógas a thógáil aici faoi láthair? Tá Níl Sonraigh led' thoil: **TUGAIM MO CHEAD go dtabharfar an vacsaín Gardasil don scoláire thuasluaite.**

- Léigh mé agus thuig mé an t-eolas iniata faoin vacsaíniú, rioscaí agus fo-iarmhairtí san áireamh.
- Tuigim nach moltar an vacsaín seo le linn toirchis.
- Tuigim go bhfuilim ag toiliú chun trí dháileadh de Gardasil a thabhairt thar thréimhse 6 – 12 mí.
- Deimhním agus an fhoirm seo á síniú agam, go bhfuil údarú agam mo chhead a thabhairt ar son an scoláire thuasluaite. (Tá cead dlíthiúil ag scoláirí os cionn 16 bliana d'aois toiliú ar a son féin)

AINM {Priontáil, le do thoil}: _____ (Ticeáil): Tuismitheoir Caomhnóir Féin

Síníú: _____ Dáta: _____ (LL/MM/BB)

Sineánómaivíreas Daonna (HPV) Foirm Thoilthe Vacsaínithe

CUID 3 Líon an Rannóg seo má tugadh an vacsaín HPV don chailín seo cheanna (gach dáileog san áireamh)

	Ainm na Vacsaíne (Gardasil or Cervarix)	Cnuasuimhir	Dáta a tugadh
Dáileog 1		/ /
Dáileog 2		/ /
Dáileog 3		/ /

CUID 4 Líon an chuid seo mura mian leat go ndéanfar vacsaíniú ar an scoláire seo.

NÍ THUGAIM MO CHEAD go dtabharfar an vacsaín Gardasil don scoláire thuasluaite.

- Léigh mé agus thuig mé an t-eolas iniata faoin vacsaíniú, rioscaí agus fo-iarmhairtí san áireamh.
- Tuigim nach moltar an vacsaín seo le linn toirchis.
- Deimhním agus an fhoirm seo á síniú agam, go bhfuil údarú agam gan mo chead a thabhairt ar son an scoláire thuasluaite. (Tá cead dlíthiúil ag scoláirí os cionn 16 bliana d'aois toiliú ar a son féin)

AINM {Priontáil, le do thoil}: _____ (Ticeáil): Tuismitheoir Caomhnóir Dlíthiúil Féin

Síniú: _____ Dáta: _____ (LL/MM/BB)

FOR OFFICE USE ONLY

If vaccine not administered please state why? Contraindicated Absent Deferred Refused

Referred to hospital setting Other _____

Completed by: _____ MCRN/PIN: _____ (DD/MM/YY) _____
(if applicable)

Dose	Date Given	Batch Number	Injection Site (Circle as appropriate)	Prescribed by signature and MCRN	Vaccinator's signature and MCRN/Nurse PIN	Vaccination location (Circle as appropriate)
1	/ /	Right Deltoid Left Deltoid			School Clinic
						Clinic Name

If vaccine not administered please state why? Contraindicated Absent Deferred Refused

Referred to hospital setting Other _____

Completed by: _____ MCRN/PIN: _____ (DD/MM/YY) _____
(if applicable)

Dose	Date Given	Batch Number	Injection Site (Circle as appropriate)	Prescribed by signature and MCRN	Vaccinator's signature and MCRN/Nurse PIN	Vaccination location (Circle as appropriate)
2	/ /	Right Deltoid Left Deltoid			School Clinic
						Clinic Name

If vaccine not administered please state why? Contraindicated Absent Deferred Refused

Referred to hospital setting Other _____

Completed by: _____ MCRN/PIN: _____ (DD/MM/YY) _____
(if applicable)

Dose	Date Given	Batch Number	Injection Site (Circle as appropriate)	Prescribed by signature and MCRN	Vaccinator's signature and MCRN/Nurse PIN	Vaccination location (Circle as appropriate)
3	/ /	Right Deltoid Left Deltoid			School Clinic
						Clinic Name

Comments / Notes