

Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Vaccination consent form

The HPV vaccine helps protect against cancers caused by human papillomaviruses (HPV). Please take time to read the information about the HPV vaccination that accompanies this form. To get the best protection a full course of the vaccine is needed. For a full list of HPV vaccine ingredients and potential side effects visit: www.medicines.org.uk/emc/ and enter the vaccine name in the search box.

For more information on the HPV vaccination visit: phw.nhs.walesvaccines

Child's full name (first name and surname):	Date of birth:
Home address:	Contact number for parent/guardian:
School:	Year or class:
Name and address of GP surgery:	
Please list any previous reactions to vaccinations, known allergies, regular medications or serious health problems:	

Please discuss the vaccination with your child. You must act in your child's best interest when considering whether to give your permission for them to have the vaccine. This consent form must be completed in pen by a parent or a guardian with parental responsibility. Young people aged 16 years and older, and children who fully understand the issues, are legally able to make their own decision about consent to vaccination.

Any vaccine your child receives will be recorded and shared within the NHS for the purpose of record-keeping and vaccine surveillance. To find out how the NHS uses your information visit: 111.wales.nhs.uk/AboutUs/Yourinformation

If you have any questions or want to discuss the vaccination please contact your school nurse.

This consent form will be used for the full course of HPV vaccination.

Consent for HPV vaccination (Please complete one box only)	
<input type="checkbox"/> Yes , I have parental responsibility and I agree to my child (named above) receiving the vaccination.	<input type="checkbox"/> No , I have parental responsibility and I do not agree to my child (named above) receiving the vaccination. (Please give your reasons in the comments box below)
Your name (please print):	Your name (please print):
Signature of parent or guardian:	Signature of parent or guardian:
Date:	Date:
Comments (parent or guardian and health service):	
Thank you for filling in this form. Please return it to school before the vaccination session.	

Date/time	Vaccine and product name	Batch number	Expiry date	Site of injection (please circle)		Immuniser (please print)	Signature of immuniser
				L arm	R arm		

Brechiad Papilomafeirws Dynol (HPV) Ffurflen Ganiatâd ar gyfer Brechiad

Mae'r brechiad HPV yn helpu i warchod rhag canserau a achosir gan bapilomafeirysau dynol (HPV). Gwnewch amser i ddarllen yr wybodaeth sy'n cyd-fynd â'r ffurflen yma os gwelwch yn dda. I gael y warchodaeth orau, mae angen cwrs llawn o'r brechiad. Am restr lawn o gynhwysion y brechiad a'r sgil-ffeithiau posib, ewch i www.medicines.org.uk/emc/ a nodi enw'r brechiad yn y bocs chwilio.

Am fwy o wybodaeth am y brechiad HPV ewch i: icc.gig.cymru/brechlyn

Enw llawn y plentyn (enw cyntaf a chyfenw):	Dyddiad geni:
Cyfeiriad cartref:	Rhif cyswllt ar gyfer rhiant/gwarcheidwad:
Ysgol:	Blwyddyn neu ddsbarth:
Enw a chyfeiriad y feddygfa:	
Rhestrwch unrhyw adweithiau blaenorol i frechiadau, unrhyw alergeddau hysbys, meddyginiaethau rheolaidd neu broblemau iechyd difrifol:	

Trafodwch y brechiad gyda'ch plentyn. Rhaid i chi weithredu er budd gorau eich plentyn wrth ystyried a ydych am roi eich caniatâd iddo gael y brechiad. Rhaid i'r ffurflen ganiatâd yma gael ei llenwi gyda beiro gan riant neu warcheidwad sydd â chyfrifoldeb rhiant. Mae pobl ifanc 16 oed a hŷn, a phlant sy'n deall yn llawn yr hyn sydd dan sylw, yn gallu gwneud ei benderfyniad ei hun yn gyfreithlon am y caniatâd ar gyfer y brechiad. Bydd unrhyw frechiad fydd eich plentyn yn ei gael yn cael ei gofnodi a'i rannu o fewn y GIG at ddiben cadw cofnodion a monitro brechiadau. I gael gwybod sut mae'r GIG yn defnyddio eich gwybodaeth ewch i 111.wales.nhs.uk/amdanomni/eichgwybodaeth.

Os oes gennych chi unrhyw gwestiynau neu os ydych chi eisiau trafod y brechiad, cysylltwch â'ch nyrs ysgol.

Bydd y ffurflen ganiatâd yma'n cael ei defnyddio ar gyfer y cwrs llawn o frechiad HPV

Caniatâd ar gyfer brechiad HPV (Llenwch un bocs yn unig)	
<input type="checkbox"/> Oes , mae gen i gyfrifoldeb rhiant ac rydw i'n cytuno i fy mhlentyn (sydd wedi'i enwi uchod) gael y brechiad.	<input type="checkbox"/> Nac oes , mae gen i gyfrifoldeb rhiant ac nid wyf yn cytuno i fy mhlentyn (a enwir uchod) gael y brechiad. (Nodwch eich rhesymau yn y bocs isod os gwelwch yn dda.)
Eich enw (prif lythrennau):	Eich enw (prif lythrennau):
Llofnod rhiant neu warcheidwad:	Llofnod rhiant neu warcheidwad:
Dyddiad:	Dyddiad:
Sylwadau (rhieni neu warcheidwaid a'r gwasanaeth iechyd):	
Diolch i chi am lenwi'r ffurflen yma. Dychwelwch y ffurflen i'r ysgol cyn y sesiwn brechu.	

Dyddiad/amser	Enw'r brechiad a'r cynnyrch	Rhif llwyth	Dyddiad dod i ben	Safle'r brechiad (cylchwrch)		Imiwnydd (prif lythrennau)	Llofnod yr imiwnydd
				Braich chwith	Braich dde		
				Braich chwith	Braich dde		
				Braich chwith	Braich dde		
				Braich chwith	Braich dde		