

Immunisation Consent Form

Teenage Booster vaccine - Tetanus, Diphtheria, Inactivated Polio - Td/IPV

Meningococcal ACWY vaccine – Men ACWY

An immunisation session is planned to take place in your child's school. Your child will be offered the vaccine/s ticked above. Please complete the section below and return to school before the immunisation session.

Child's full name (<i>First name and SURNAME</i>):	Date of Birth:	School:
Home address:	Daytime contact number:	Class:
GP name and address:	NHS Number (if known):	

If any of the above details have recently changed, please provide previous details as appropriate e.g. previous address/GP/school.

Has your child missed any of their routine childhood immunisations (Please circle one answer): **Yes / No / Don't know**
If **Yes** please give details:

Please list any immunisations given in the last three months, previous reactions to immunisations, known allergies, regular medications or serious health problems:

This consent form must be completed by a parent/guardian with parental responsibility. Parents/guardians must act in their child's best interest in considering consent. Children age 16 years and older, and younger children who fully understand the issues, are legally able to make their own decision about consent.

Any immunisation your child receives will be recorded and shared within the NHS for the purpose of normal record keeping.

YES, I agree to the child above receiving the immunisation/s offered

Name
Signature
Relationship
Date

NO, I do not agree to the child above receiving the immunisation/s offered

Name
Signature
Relationship
Date

You can read more about immunisation in the leaflet that came with this form or go to www.wales.nhs.uk/immunisation If you have any questions or wish to discuss the immunisations being offered please contact your school nurse.

Thank you for completing this form. The section below is for health service use only.

Date/time	Vaccine and Product name	Site of injection	Batch number	Expiry	Name of immuniser <i>(please print)</i>	Signature of immuniser

Comments:

Ffurflen Ganiatâd ar gyfer Imiwneiddio

Brechlyn atgyfnerthol i blant yn eu harddegau -Tetanws, Difftheria, Polio anweithredol - Td/IPV

Brechlyn Meningococol ACWY – Men ACWY

Cynhaliwyd sesiwn imiwneiddio wedi'i gynllunio i gymryd lle yn ysgol eich plentyn. Bydd eich plentyn yn cael cynnig y brechlyn/nau gyda tic uchod. Cwblhewch yr adran isod a'i ddychwelyd i'r ysgol cyn y sesiwn imiwneiddio.

Enw llawn y plentyn (<i>Enw cyntaf a CHYFENW</i>):	Dyddiad Geni:	Ysgol:
--	---------------	--------

Cyfeiriad cartref:	Rhif ffôn cyswllt yn ystod y dydd:	Dosbarth:
--------------------	------------------------------------	-----------

Enw a chyfeiriad y meddyg teulu:	Rhif y GIG: (os ydych yn gwybod):
----------------------------------	-----------------------------------

Os oes unrhyw rai o'r manylion uchod wedi newid yn ddiweddar, rhowch y manylion blaenorol fel y bo'n briodol. e.e. cyfeiriad blaenorol / Meddyg Teulu / ysgol:

A wnaeth eich plentyn gollu unrhyw un o'u brechiadau plentyndod arferol ? (rhowch un cylch): **Do / Naddo / Ddim yn gwybod**
Os Do, rhowch y manylion:

Rhestrwch unrhyw frechiadau a roddwyd yn ystod y tri mis diwethaf, adweithiau i frechiadau blaenorol, alergeddau y gwyddoch amdanynt, meddyginiaethau rheolaidd neu broblemau iechyd difrifol:

Rhaid i'r ffurflen ganiatâd hon gael ei llenwi gan riant/gwarcheidwad a chanddo gyfrifoldeb rhiant. Rhaid i rieni/gwarcheidwaid weithredu er budd gorau'r plentyn wrth ystyried rhoi caniatâd. Mae'n gyfreithlon i blant sy'n 16 oed neu'n hŷn, a phlant iau sy'n deall y materion dan sylw yn llawn, benderfynu drostynt eu hunain p'un a ydynt am roi caniatâd. Caiff y brechiadau a gaiff eich plentyn eu cofnodi a'u rhannu gyda staff y GIG at ddibenion cadw cofnodion.

YDW, rwy'n cytuno i'r plentyn a enwir uchod gael y brechiadau a gynigir

Enw

Llofnod

Perthynas

Dyddiad

NAC YDW, nid wyf yn cytuno i'r plentyn a enwir uchod gael y brechiadau a gynigir

Enw

Llofnod

Perthynas

Dyddiad

Gallwch ddarllen rhagor am imiwneiddio yn y daflen a ddaeth gyda'r ffurflen hon neu ewch i www.wales.nhs.uk/immunisation
Os oes gennych unrhyw gwestiynau neu os hoffech drafod y brechiadau sy'n cael eu cynnig cysylltwch â nyrs yr ysgol.

Diolch am lenwi'r ffurflen hon. Mae'r adran isod at ddefnydd y gwasanaeth iechyd yn unig.

Dyddiad/ amser	Brechlyn ac enw'r cynnyrch	Safle'r pigiad	Rhif y batsh	Dyddiad dod i ben	Enw'r person sy'n imiwneiddio (mewn llythrennau bras)	Llofnod y person sy'n imiwneiddio

Sylwadau: