

# DARLLENWCH CYN LLENWI'R FFURFLEN GYDSYNIO ISOD OS GWELWCH YN DDA

Annwyl Riant neu Warcheidwad,

Pan fyddwch chi wedi llenwi'r ffurflen gydsynio isod, mae opsiynau ynghylch sut i ddychwelyd y ffurflen gydsynio yn ôl at y Gwasanaeth Nyrsio Ysgolion cyn y sesiwn imiwneiddio a drefnwyd yn ysgol eich plentyn. Mae'r opsiynau yn cynnwys y canlynol:

- Argraffwch y ffurflen gydsynio, a'i rhoi mewn amlen at sylw'r 'Nyrs Ysgol', a'i rhoi i swyddfa'r ysgol.

NEU

- Cysylltwch â Hwb Gweinyddu Nyrsio'r Ysgol ar Rif Ffôn: 01639 862801, a bydd eich manylion cyswllt yn cael eu cymryd a'u hanfon at y Nyrs Ysgol briodol. Yna, bydd y Nyrs yn cysylltu â chi i gael cydsyniad ar lafar gennyh chi dros y ffôn.

NEU

- Anfonwch y cydsyniad dros e-bost, gan ystyried yn llawn y datganiad isod.

***Byddwch yn ymwybodol na all y Bwrdd Iechyd sicrhau cyfrinachedd ynglŷn ag unrhyw wybodaeth a anfonir dros e-bost. Unwaith i'r wybodaeth gael ei derbyn gan y Bwrdd Iechyd, cedwir yr holl wybodaeth yn ddiogel ac yn gyfrinachol.***

Os ydych chi'n hapus i ddewis yr opsiwn yma, atodwch y ffurflen gydsynio wedi'i chwblhau i'r e-bost a'i hanfon i

[SBU.SchoolNursing@wales.nhs.uk](mailto:SBU.SchoolNursing@wales.nhs.uk)

Yr eiddoch yn gywir,

Gwasanaeth Nyrsio Ysgolion

## PLEASE READ PRIOR TO COMPLETING THE CONSENT FORM BELOW

Dear Parent or Guardian,

When you have completed the consent form below there are options on how to return the consent form back to the School Nursing Service prior to the immunisation session arranged in your child's school. These are:

- Print the consent form, place it in an envelope addressed to the 'School Nurse' and hand into the school office.

OR

- Contact the School Nursing Admin Hub on Tel: 01639 862801 and your contact details will be taken and then forwarded to the appropriate School Nurse. They will then contact you to obtain verbal consent via telephone.

OR

- Return the consent via e-mail with full consideration being given to the statement below.

***Please understand that the Health Board cannot guarantee the confidentiality of any information sent by e-mail while in transit. When this information is received by the Health Board all information is kept secure and confidential.***

If you are happy to continue with this option then please attach the completed consent to the e-mail and send to [SBU.SchoolNursing@wales.nhs.uk](mailto:SBU.SchoolNursing@wales.nhs.uk)

Yours Sincerely,

## 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](http://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.

<b>YDW, rwy'n cytuno i'r plentyn a enwir uchod gael y brechiadau a gynigir</b>	<b>NAC YDW, nid wyf yn cytuno i'r plentyn a enwir uchod gael y brechiadau a gynigir</b>
Enw	Enw
Llofnod	Llofnod
Perthynas	Perthynas
Dyddiad	Dyddiad

Gallwch ddarllen rhagor am imiwneiddio yn y daflen a ddaeth gyda'r ffurflen hon neu ewch i [www.wales.nhs.uk/immunisation](http://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:**