

Consent for nasal spray flu immunisation

An immunisation session is planned in your child's school to give the nasal spray flu immunisation Fluenz® Tetra. Please take time to read the information that came with this form, then complete and return the form to school before the immunisation session. For more information on flu illness and the vaccine visit www.nhsdirect.wales.nhs.uk/immunisations. The vaccine contains porcine gelatine. For a full list of the vaccine ingredients and potential side effects visit: www.medicines.org.uk/emc/ and enter *Fluenz Tetra* into the search box. If you have any questions or want to discuss the immunisation please contact your child's school nurse. Please complete in black ink.

Child's full name (First name and Surname):	Date of Birth:	School:
Home address:	Daytime contact number(s):	Class:
	GP surgery and address:	

To make sure nasal flu vaccine is suitable for your child please answer all the questions below and provide details

Does your child have any allergies that have needed urgent medical treatment?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes*
Does your child have a severe allergy to egg that has needed hospital admission?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes*
Is your child suffering from a condition or having treatment that severely affects their immune system? (e.g. leukaemia)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes*
Is anyone in your family currently having treatment that very severely affects their immune system? (e.g. they need to be kept in isolation)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes*
Is your child receiving aspirin/salicylate therapy?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes*
Does your child have asthma? (Nasal flu vaccine is suitable for most children with asthma)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes*
Does your child use a preventer inhaler? If yes please give inhaler name(s) and daily dose (e.g. Budesonide 100 micrograms 4 puffs per day)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes*
Has your child taken oral steroid medication for their asthma in the last two weeks ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes*

On the day of the immunisation it is important you tell the school nurse if your child:

- is wheezy or has been wheezy in the 3 days before the immunisation day
- or has had to use their reliever inhaler more often than usual

* If you answered yes to any of the questions above, or are unsure, please give details below:

--

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.
This information will be recorded and shared within the NHS for the purpose of normal record keeping.

Consent for immunisation

YES , I agree to my child (named above) receiving the nasal flu immunisation	NO , I do not agree to my child (named above) receiving the nasal flu immunisation. <i>Please give reason(s) in the comments box below.</i>
Name of parent/guardian (please print)	Name of parent/guardian (please print)
Relationship to child	Relationship to child
Signature	Signature
Date	Date
Comments (parents and health service):	

If you have any questions or wish to discuss the immunisation please contact your child's school nurse. Thank you for completing this form. The section below is for health service use only

Date/Time	Vaccine and Product Name	Batch Number	Expiry Date	Name of Immuniser	Signature of Immuniser

Caniatâd ar gyfer brechiad y fflw drwy chwistrell trwyn

Bydd sesiwn imiwneiddio'n cael ei gynnal yn ysgol eich plentyn i roi brechiad y fflw drwy chwistrell trwyn - Fluenz® Tetra.

Cofiwch ddarllen y wybodaeth sydd wedi dod gyda'r ffurflen yma ac wedyn llenwi a dychwelyd y ffurflen i'r ysgol cyn y sesiwn imiwneiddio. Am fwy o wybodaeth am salwch y fflw a'r brechiad ewch i www.nhsdirect.wales.nhs.uk/immunisations. Mae'r brechiad yn cynnwys gelatin o deulu'r moch. Am restr lawn o gynhwysion y brechiad a'r sgil effeithiau posib, ewch i: www.medicines.org.uk/emc/ a rhoi *Fluenz Tetra* yn y bocs chwilio. Os oes gennych chi unrhyw gwestiynau neu os ydych eisiau trafod yr imiwneiddio, cysylltwch â nyrs ysgol eich plentyn. Llenwch mewn inc du.

Enw llawn y plentyn (Enw Cyntaf a Chyfenw):	Dyddiad Geni:	Ysgol:
Cyfeiriad cartref:	Rhif(au) cyswllt yn ystod y dydd:	Dosbarth:
	Meddygfa a'r cyfeiriad:	

I wneud yn siŵr bod brechiad y fflw yn addas i'ch plentyn, atebwch y cwestiynau canlynol plis, a rhoi manylion

Oes gan eich plentyn unrhyw alergeddau sydd angen triniaeth feddygol frys?	<input type="checkbox"/> Nac oes	<input type="checkbox"/> Oes*
Oes gan eich plentyn chi alergedd difrifol i wyau sydd wedi golygu bod rhaid iddo fynd i'r ysbyty yn y gorffennol?	<input type="checkbox"/> Nac oes	<input type="checkbox"/> Oes*
Ydi eich plentyn yn dioddef o gyflwr neu'n cael triniaeth sy'n cael effaith ddifrifol ar ei system imiwnedd? (e.e. <i>lewcmia</i>)	<input type="checkbox"/> Nac ydi	<input type="checkbox"/> Ydi*
Oes unrhyw un yn eich teulu'n cael triniaeth ar hyn o bryd sy'n cael effaith ddifrifol iawn ar ei system imiwnedd? (e.e. <i>angen cael eu cadw ar wahân</i>)	<input type="checkbox"/> Nac oes	<input type="checkbox"/> Oes*
Ydi eich plentyn yn derbyn therapi aspirin/salisylad?	<input type="checkbox"/> Nac ydi	<input type="checkbox"/> Ydi*
Oes gan eich plentyn asthma? (Mae brechiad y fflw drwy'r trwyn yn addas i'r rhan fwyaf o blant ag asthma)	<input type="checkbox"/> Nac oes	<input type="checkbox"/> Oes*
Ydi eich plentyn chi'n defnyddio anadlydd atal ? Os ydi nodwch enw(au) yr anadlydd a'r dos dyddiol (e.e. <i>Budesonide 100 microgram 4 pwff y dydd</i>)?	<input type="checkbox"/> Nac ydi	<input type="checkbox"/> Ydi*
Ydi eich plentyn chi wedi cymryd meddyginiaeth steroid drwy'r geg ar gyfer ei asthma yn ystod y bythefnos ddiwethaf?	<input type="checkbox"/> Naddo	<input type="checkbox"/> Do*

Ar ddiwrnod yr imiwneiddio mae'n bwysig eich bod yn dweud wrth y nyrs ysgol os yw eich plentyn:

- â'i frest yn gwichian neu wedi bod felly yn ystod y tridiau cyn y diwrnod imiwneiddio
- neu wedi gorfod defnyddio ei fewnanadlydd lleddfu'n amlach nag arfer

* Os ydych chi wedi ateb unrhyw rai o'r cwestiynau uchod yn gadarnhaol, neu os ydych yn ansicr, rhowch fanylion isod:

--

Rhaid i riant/gwarcheidwad gyda chyfrifoldeb rhiant lenwi'r ffurflen hon.

Rhaid i rieni/gwarcheidwaid weithredu er budd gorau eu plant wrth ystyried rhoi caniatâd.

Bydd y wybodaeth hon yn cael ei chofnodi a'i rhannu yn y GIG at bwrpas cadw cofnodion arferol.

Caniatâd ar gyfer Imiwneiddio

YDW , rwyf yn cytuno i'm plentyn (a enwir uchod) dderbyn brechiad y fflw drwy chwistrell trwyn.	NAC YDW , nid wyf yn cytuno i'm plentyn (a enwir uchod) dderbyn brechiad y fflw drwy chwistrell trwyn. <i>Rhowch reswm (rhesymau) yn y bocs sylwadau isod.</i>
Enw'r rhiant/gwarcheidwad (<i>printiwch</i>)	Enw'r rhiant/gwarcheidwad (<i>printiwch</i>)
Llofnod	Llofnod
Perthynas â'r plentyn	Perthynas â'r plentyn
Dyddiad	Dyddiad

Sylwadau (rhieni a gwasanaeth iechyd):

--

Diolch i chi am lenwi'r ffurflen yma. Mae'r adran isod ar gyfer defnydd y gwasanaeth iechyd yn unig.

Dyddiad/Amser	Enw'r Brechiad a'r Cynnyrch	Rhif y Llwyth	Dyddiad Dod i Ben	Enw'r Imiwneiddiwr	Llofnod yr Imiwneiddiwr