

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. This vaccine is given as a spray up the nose. Please read the information that came with this form, then complete and return the form to school before the immunisation session. For more information see <http://www.nhsdirect.wales.nhs.uk/immunisations> and a Fluenz[®] Tetra Patient Information Leaflet (PIL) can be downloaded from www.medicines.org.uk/emc/. This vaccine contains porcine gelatine. If you have any questions or wish to discuss the immunisation please contact your child's school nurse.

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

To make sure nasal flu vaccine is suitable for your child please answer the following questions and provide details as appropriate

Does your child have asthma? (Nasal flu vaccine is suitable for most children with asthma)	No	Yes	Details:
If yes please give details of asthma medication and daily dose (e.g. Budesonide 100 micrograms 4 puffs per day)	No	Yes	Details:
Has your child taken steroid tablets/medicine for their asthma in the last two weeks ?	No	Yes	Details:

On the day of the immunisation please inform the school nurse if your child is wheezy, or has been wheezy in the previous 3 days or has had to use their reliever inhaler more often than usual

Is your child suffering from a condition or having treatment that severely affects their immune system? (e.g. leukaemia)	No	Yes	Details:
Is anyone in your family currently having treatment that very severely affects their immune system? (e.g. they need to be kept in isolation)	No	Yes	Details:
Does your child have any allergies that have needed urgent treatment?	No	Yes	Details:
Has your child ever needed intensive care after a severe allergic reaction to egg?	No	Yes	Details:
Is your child receiving aspirin/salicylate therapy?	No	Yes	Details:

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.

Any immunisation your child receives 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)
Signature	Signature
Relationship to child	Relationship to child
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

Cydsynio i chwistrell drwynol imiwneiddio rhag y ffliw

Mae sesiwn imiwneiddio wedi ei threfnu yn ysgol eich plentyn er mwyn rhoi'r chwistrell drwynol sy'n imiwneiddio rhag y ffliw, Fluenz® Tetra. Mae'r brechlyn hwn yn cael ei roi fel chwistrell i fyny'r trwyn. Darllenwch y wybodaeth a ddaeth gyda'r ffurflen hon, yna llenwch a dychwelwch y ffurflen i'r ysgol cyn y sesiwn imiwneiddio. Mae mwy o wybodaeth am y brechlyn ar gael yn <http://www.nhsdirect.wales.nhs.uk/immunisations> a gellir lawrlwytho Taflen Wybodaeth i Gleifion Fluenz® Tetra (PIL) yn www.medicines.org.uk/emc/. Mae'r brechlyn hon yn cynnwys gelatin mochaid Os oes gennych unrhyw gwestiynau neu os hoffech drafod yr imiwneiddio, cysylltwch â nyrs ysgol eich plentyn

Enw llawn y plentyn (Enw cyntaf a Chyfenw):	Dyddiad Geni:	Ysgol:
Cyfeiriad cartref:	Rhif(au) cyswllt yn ystod y dydd:	Dosbarth:
	Enw a chyfeiriad eich meddyg teulu:	

Er mwyn sicrhau bod brechlyn trwynol y ffliw yn addas ar gyfer eich plentyn, atebwch y cwestiynau canlynol a rhowch fanylion fel y bo'n briodol

A yw eich plentyn yn dioddef o asthma? (Mae brechlyn trwynol y ffliw yn addas ar gyfer y rhan fwyaf o blant ag asthma)	Nac ydy	Ydy	Manylion:
Os ydy rhowch fanylion y feddyginiaeth asthma a'r dos dyddiol (e.e Budesonide 100 microgram 4 pwff y dydd)	Nac ydy	Ydy	Manylion:
A yw eich plentyn wedi cymryd tabled/meddyginiaeth steroid ar gyfer asthma yn y pythefnos diwethaf?	Nac ydy	Ydy	Manylion:

Ar ddiwrnod yr imiwneiddio, hysbyswch yr ysgol os yw brest eich plentyn yn gwichian neu wedi bod yn gwichian yn y 3 diwrnod blaenorol neu os ydynt wedi gorfod defnyddio eu hanadlwr lleddfol yn amlach nag arfer

A yw eich plentyn yn dioddef o gyflwr neu'n cael triniaeth sy'n cael effaith ddifrifol ar eu system imiwnedd? (e.e. lewcemia)	Nac ydy	Ydy	Manylion:
A oes unrhyw un yn eich teulu'n cael triniaeth ar hyn o bryd sy'n cael effaith ddifrifol ar eu system imiwnedd? (e.e. mae angen eu hynysu)	Nac oes	Oes	Manylion:
A oes gan eich plentyn unrhyw alergeddau sydd wedi bod angen triniaeth frys?	Nac oes	Oes	Manylion
A yw eich plentyn erioed wedi bod angen gofal dwys ar ôl cael adwaith alergaidd difrifol i ŵy?	Nac ydy	Ydy	Manylion:
A yw eich plentyn yn cael therapi aspirin/salicylate?	Nac ydy	Ydy	Manylion:

Mae'n rhaid i riant/gwarcheidwad â chyfrifoldeb rhiant lenwi'r ffurflen gydsynio hon. Mae'n rhaid i rieni/gwarcheidwaid weithredu er budd eu plentyn wrth ystyried cydsynio. Bydd unrhyw imiwneiddiad y bydd eich plentyn yn ei gael yn cael ei gofnodi a'i rannu o fewn y GIG at ddiben cadw cofnodion arferol.

Cydsynio i imiwneiddio

YDW , rwyf yn cytuno i'm plentyn (a enwir uchod) gael imiwneiddiad trwynol rhag y ffliw	NAC YDW , nid wyf yn cytuno i'm plentyn (a enwir uchod) gael imiwneiddiad trwynol rhag y ffliw. <i>Rhowch y rheswm (rhesymau) yn y blwch sylwadau isod.</i>
Enw'r rhiant/gwarcheidwad (printiwch)	Enw'r rhiant/gwarcheidwad (printiwch)
Llofnod	Llofnod
Perthynas â'r plentyn	Perthynas â'r plentyn
Dyddiad	Dyddiad

Sylwadau (rhieni a'r gwasanaeth iechyd):

Os oes gennych unrhyw gwestiynau neu'n dymuno trafod yr imiwneiddio, cysylltwch â nyrs ysgol eich plentyn.
Diolch am lenwi'r ffurflen hon. Mae'r adran isod at ddefnydd y gwasanaeth iechyd yn unig

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