

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 yr 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 y fflw a'r brechiad ewch i www.nhsdirect.wales.nhs.uk/LiveWell/vaccinations/default.aspx?locale=cy. 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

Enw llawn y plentyn (enw cyntaf a cyfenw):	Dyddiad geni:	Ysgol:
Cyfeiriad cartref:	Rhif cyswllt yn ystod y dydd:	Blwyddyn neu ddosbarth:
	Enw a chyfeiriad y feddygfa:	

I wneud yn siŵr bod brechiad y fflw yn addas i'ch plentyn, atebwch yr holl gwestiynau isod. Os byddwch yn ateb unrhyw rai o'r cwestiynau yn gadarnhaol, rhwch fanylion lle rydym yn gofyn isod.

Oes gan eich plentyn unrhyw alergeddau sydd wedi bod angen triniaeth feddygol frys?	Nac oes ☐	Oes ☐
Oes gan eich plentyn alergedd difrifol i wyau sydd wedi bod angen triniaeth gofal dwys?	Nac oes ☐	Oes ☐
Ydi eich plentyn yn dioddef o gyflwr neu'n cael triniaeth sy'n cael effaith ddifrifol ar ei system imiwneidd (er enghraifft, lewcemia)?	Nac ydi ☐	Ydi ☐
Oes unrhyw un yn eich teulu'n cael triniaeth ar hyn o bryd sy'n cael effaith ddifrifol iawn ar ei system imiwneidd (er enghraifft, trawsblaniad mêr yr esgyrn neu'n cael ei nyrsio mewn amgylchedd gwarchodol mewn ysbyty)?	Nac oes ☐	Oes ☐
Ydi eich plentyn yn derbyn triniaeth aspirin (salisylad)?	Nac ydi ☐	Ydi ☐
Oes gan eich plentyn gyflwr meddygol, er enghraifft, diabetes, neu broblem gyda'i galon, iau/afu neu arennau?	Nac oes ☐	Oes ☐
Oes gan eich plentyn asthma? (Mae brechiad y fflw drwy chwistrell trwyn yn addas i blant ag asthma.)	Nac oes ☐	Oes ☐
Ydi eich plentyn wedi bod angen gofal dwys erioed ar gyfer ei asthma	Nac ydi ☐	Ydi ☐

Ar ddiwrnod yr imiwneiddio cofiwch ddweud wrth y nyrs os yw eich plentyn:

- â'i frest yn gwichian (neu wedi bod felly yn ystod y tridiau cyn y diwrnod imiwneiddio);
- wedi gorfod defnyddio ei fewnanadlydd asthma yn amlach nag arfer; neu
- wedi cymryd **steroids drwy'r geg** ar gyfer ei asthma yn ystod y **pythefnos** diwethaf (nid mewnanadlydd).

Os ydych chi wedi ateb unrhyw rai o'r cwestiynau uchod yn gadarnhaol, neu os ydych yn ansicr, rhwch fanylion yn y bocs isod.

Rhaid i'r ffurflen hon gael ei llenwi (mewn beiro) gan riant neu warcheidwad sydd â chyfrifoldeb rhiant am y plentyn. Rhaid i chi weithredu er budd gorau eich plentyn wrth ystyried rhoi caniatâd ai peidio iddo gael y brechiad. Bydd unrhyw frechiad fydd eich plentyn yn ei gael yn cael ei gofnodi a'i rannu yn y GIG at bwrpas cadw cofnodion a monitro brechiadau. I gael gwybod mwy am sut mae'r GIG yn defnyddio eich gwybodaeth, ewch i www.nhsdirect.wales.nhs.uk/lifestylewellbeing/yourinfoyourrights?locale=cy.

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 eich rhesymau yn y bocs sylwadau isod.</i>
Eich enw (mewn prif lythrennau)	Eich enw (mewn prif lythrennau)
Llofnod	Llofnod
Perthynas i'r plentyn	Perthynas i'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

Consent for nasal spray flu vaccine

An immunisation session is planned in your child's school to give the nasal spray flu vaccine Fluenz Tetra. Please take time to read the information that came with this form, then fill in and return the form to the school before the immunisation session. For more information on flu and the vaccine, visit www.nhsdirect.wales.nhs.uk/immunisations. The vaccine contains porcine gelatine. For a full list of the vaccine ingredients and possible 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.

Child's full name (first name and surname):	Date of birth:	School:
Home address:	Daytime contact number:	Year or class:
	Name and address of GP's surgery:	

To make sure the vaccine is suitable for your child, please answer all the questions below. If you answer yes to any of the questions, please provide details where we ask below.

Does your child have any allergies that have needed urgent medical treatment?	No ☐	Yes ☐
Does your child have a severe allergy to egg that has needed intensive-care treatment?	No ☐	Yes ☐
Is your child suffering from a condition or having treatment that severely affects their immune system (for example, leukaemia)?	No ☐	Yes ☐
Is anyone in your family currently having treatment that severely affects their immune system (for example, a bone marrow transplant or being nursed in a protective environment in hospital)?	No ☐	Yes ☐
Is your child receiving aspirin (salicylate) treatment?	No ☐	Yes ☐
Does your child have a medical condition, for example diabetes, or a heart, liver or kidney problem?	No ☐	Yes ☐
Does your child have asthma? (The nasal spray flu vaccine is suitable for children with asthma.)	No ☐	Yes ☐
Has your child ever needed intensive-care for their asthma	No ☐	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 three days before);
- has had to use their asthma inhaler more often than usual; or
- has taken **oral steroids** for their asthma in the last **two weeks** (not inhalers).

If you answered yes to any of the questions above, or are unsure, please give details in the box below.

This consent form must be filled in (in pen) by a parent or a guardian with parental responsibility for the child. You must act in your child's best interest when considering whether to give your permission for them to have the vaccine. Any immunisation your child has will be recorded and shared within the NHS for the purpose of record-keeping and vaccine-monitoring. To find out how the NHS uses your information, visit www.nhsdirect.wales.nhs.uk/lifestylewellbeing/yourinfoyourrights.

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. Please give your reasons in the comments box below.
Your name (please print)	Your name (please print)
Signature	Signature
Relationship to child	Relationship to child
Date	Date

Comments (parents and health service):

Thank you for filling in 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