

برنامج صحة الأسنان بالمدرسة

نموذج الموافقة ومعلومات إضافية حول فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF)



ما هو فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF)؟

فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) هو سائل يمكن استخدامه بالفرشاة على الأسنان لوقف تسوس الأسنان. يتم وضعه على الأسنان دون استخدام الإبر أو المثقاب، لذلك يمكن أن يكون مفيدًا بشكل خاص لسكان فيرمونت الذين يواجهون صعوبة في الوصول إلى رعاية صحة الأسنان. قد لا يمنع علاج تسوس الأسنان باستخدام فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) الحاجة إلى وضع حشوة منتظمة في السن المصابة في المستقبل.

ما هي إجراءات وضع فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) على أسنان طفلي؟

- سيقوم أخصائي صحة الأسنان بتجفيف أسنان طفلك.
- سيضع فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) على التجاويف بكميات صغيرة جدًا ويتركها تجف لمدة دقيقة واحدة.
- لاحظ أن فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) سيحول التجويف إلى اللون الأسود. انظر الصور أدناه.
- قد يشعر طفلك بطعم معدني في فمه، والذي سيختفي بسرعة.
- في حالة ملامسة فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) للجلد و/أو اللثة، سيحدث تلويين مؤقت.
- إذا تم وضع فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) على سن به حشوة بلون السن، فقد يحدث تلويين.

يرجى إبلاغ أخصائي صحة الأسنان إذا كان طفلك يعاني من أي من الحالات التالية:

- الحساسية للفضة أو المعادن الأخرى
- تقرحات الفم المؤلمة
- أي حساسيات جلدية غير طبيعية

بعد الإجراء:

- يجب ألا ينظف طفلك أسنانه بالفرشاة لبقية اليوم.
- قد لا تشمل الآثار الجانبية المذكورة أعلاه جميع الآثار الجانبية التي أبلغت عنها الشركة المصنعة للدواء. إذا لاحظت آثارًا أخرى غير مذكورة أعلاه، فيرجى الاتصال بمرمضة المدرسة.
- إذا لم يكن لدى طفلك طبيب أسنان منتظم، فسيساعدك أخصائي صحة الأسنان في العثور على مكان يمكن لطفلك أن يتلقى فيه رعاية أسنان مستمرة وشاملة.
- يجب تكرار علاج فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF) في غضون الأشهر الستة القادمة إذا لم يكن طفلك قد تلقى علاج الأسنان بعد.

الأسنان التي تم علاجها باستخدام فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF):



Photo Credit: Dr Jeanette MacLean



Photo Credit: Dr Jeanette MacLean

أنا، _____، قرأت هذا النموذج وفهمت العلاج. تم شرح العلاج، بما في ذلك المخاطر والفوائد، بشكل مرضي وأتاحت لي الفرصة لطرح الأسئلة. أدرك أنه لا يوجد وعد بأن هذا العلاج سيكون ناجحًا. أوافق بموجب هذا على قيام أخصائي صحة أسنان مرخص بتنفيذ هذا الإجراء.

التاريخ: _____ توقيع المريض: _____

توقيع ولي أمر المريض أو الوصي عليه أو ممثله القانوني (إن وجد): _____

توقيع الشاهد: _____

هذا الإذن صالح حتى يبلغه ولي أمر الطفل أو الوصي القانوني عليه.