

Šta je srebrni diamin fluorid (SDF)?

SDF je tečnost koja se može četkicom nanijeti na zube kako bi se zaustavio karijes. Nanosi se na zube bez upotrebe igle ili bušilice, tako da može biti posebno koristan stanovnicima Vermoneta kojima je komplicirano pristupiti zdravstvenoj stomatološkoj zaštiti. Liječenje karijesa pomoću SDF-a možda neće spriječiti potrebu za stavljanjem redovitih ispuna u zahvaćeni zub u budućnosti.

Koja je procedura za nanošenje SDF-a na zube mog djeteta?

- Zubni higijeničar će posušiti zube vašeg djeteta.
- Zatim će nanijeti SDF u šupljine u vrlo malim količinama i ostaviti ga da se osuši jednu minutu.
- Imajte na umu da će šupljina pocrniti zbog SDF-a. Pogledajte slike u nastavku.
- Vaše dijete može osjetiti metalni okus u ustima, koji će brzo nestati.
- Ako SDF dođe u kontakt sa kožom i/ili desnama, doći će do privremenog bojenja.
- Ako se SDF stavi na zub koji ima ispunu u boji zuba, može doći do bojenja.

Obavijestite zubnog higijeničara ako vaše dijete ima bilo koje od sljedećih stanja:

- alergije na srebro ili druge metale
- bolne rane u ustima
- bilo kakvu abnormalnu osjetljivost kože

Nakon zahvata:

- Vaše dijete ne bi trebalo prati zube do kraja dana.
- Gore navedene nuspojave možda ne uključuju sve nuspojave koje je prijavio proizvođač lijeka. Ako primijetite druge pojave koji nisu iznad navedene, obratite se svojoj školskoj medicinskoj sestri.
- Ako vaše dijete nema redovnog stomatologa, zubni higijeničar će vam pomoći da pronađete mjesto gdje vaše dijete može dobiti stalnu, sveobuhvatnu stomatološku njegu.
- Tretman SDF-om treba ponoviti u narednih šest mjeseci ako vaše dijete već nije bilo na stomatološkom tretmanu.

Zubi koji su tretirani SDF-om:

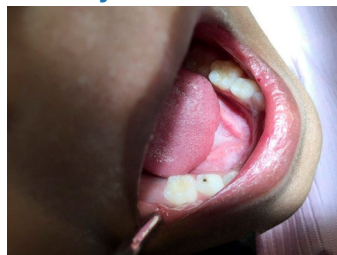


Photo Credit: Dr Jeanette MacLean



Photo Credit: Dr Jeanette MacLean

Ja, _____, pročitao/la sam ovaj obrazac i razumijem o kakvom tretmanu je riječ. Ovaj tretman, uključujući njegove rizike i koristi, objašnjen mi je na moje zadovoljstvo i imao/la sam priliku postavljati pitanja. Razumijem da nema garancija da će ovaj tretman biti uspješan. Ovim dajem svoj pristanak da licencirani stomatološki higijeničar obavi ovaj postupak.

Datum: _____ Potpis pacijenta: _____

Potpis roditelja, staratelja ili zakonskog zastupnika pacijenta (ako je primjenjivo): _____

Potpis svjedoka: _____

Ova dozvola vrijedi dok je ne opozove roditelj ili zakonski staratelj djeteta.