

برنامه بهداشت دندان مدرسه فرم رضایتنامه و اطلاعات بیشتر در مورد SDF

دیامین فلوراید نقره (SDF) چیست؟

SDF مایعی است که می‌توان آن را روی دندان‌ها مسواک زد تا از پوسیدگی دندان جلوگیری کند. این ماده بدون استفاده از سوزن یا دریل روی دندان‌ها اعمال می‌شود و به همین دلیل می‌تواند برای ساکنان ورمونت که دسترسی محدودی به مراقبت‌های دندانپزشکی دارند، بسیار مفید باشد. درمان پوسیدگی دندان با SDF نمی‌تواند در آینده نیاز به پر کردن معمولی دندان آسیب‌دیده را از بین ببرد.

استفاده از SDF روی دندان‌های فرزندم چگونه است؟

- کمک‌دندانپزشک دندان‌های فرزند شما را خشک می‌کند.
- SDF را در مقادیر بسیار کم روی پوسیدگی‌ها قرار می‌دهد و یک دقیقه اجازه می‌دهد تا خشک شود.
- توجه داشته باشید که SDF پوسیدگی را سیاه می‌کند. تصاویر زیر را مشاهده کنید.
- فرزند شما ممکن است طعم فلز در دهان خود حس کند که به سرعت از بین می‌رود.
- اگر SDF با پوست و یا لثه تماس پیدا کند، لکه‌های موقتی ایجاد خواهد شد.
- اگر SDF روی دندان‌هایی که پرکردگی هم‌رنگ دارد قرار گیرد، ممکن است لک ایجاد شود.

در صورت داشتن هر یک از شرایط زیر در فرزند خود، لطفاً کمک‌دندانپزشک را مطلع کنید:

- آلرژی به نقره یا سایر فلزات
- زخم‌های دردناک دهان
- هر گونه حساسیت غیر طبیعی پوست

پس از عمل:

- فرزند شما نباید تا پایان روز دندان‌های خود را مسواک بزند.
- عوارض جانبی فوق‌الذکر ممکن است تمام عوارض جانبی گزارش‌شده توسط سازنده دارو نباشد. در صورت مشاهده عوارض جانبی دیگری که در بالا ذکر نشده است، لطفاً با پرستار مدرسه تماس بگیرید.
- اگر فرزند شما دندانپزشک منظم ندارد، بهداشت‌کار دهان و دندان به شما کمک خواهد کرد تا مکانی را پیدا کنید که فرزندتان بتواند مراقبت‌های جامع و مداوم دندانپزشکی دریافت کند.
- در صورت عدم دریافت درمان دندانپزشکی، درمان SDF باید طی شش ماه آینده تکرار شود.

دندان‌هایی که با SDF درمان شده‌اند:



Photo Credit: Dr Jeanette MacLean



Photo Credit: Dr Jeanette MacLean

اینجانب، _____، این فرم را خوانده‌ام و درمان را درک کرده‌ام. درمان، از جمله خطرات و مزایای آن، برای من توضیح داده شده است و این فرصت را داشته‌ام که سؤال بپرسم. می‌فهمم که هیچ تضمینی وجود ندارد که این درمان موفقیت‌آمیز باشد. بدین‌وسیله رضایت خود را برای انجام این روش توسط بهداشت‌کار دهان و دندان دارای مجوز اعلام می‌دارم.

تاریخ: _____ امضای بیمار: _____

امضای والدین، قیم یا نماینده قانونی بیمار (در صورت لزوم): _____

امضای شاهد: _____

این مجوز تا زمانی که توسط والدین یا قیم قانونی کودک باطل نشود، معتبر است.