

## O que é diamino fluoreto de prata (DFP)?

O DFP é um líquido que pode ser escovado nos dentes para impedir a cárie dentária. Ele é aplicado nos dentes sem o uso de agulhas ou brocas; portanto, pode ser especialmente útil para os moradores de Vermont que têm dificuldade de acesso ao atendimento odontológico. O tratamento da cárie dentária com DFP pode não evitar a necessidade de, futuramente, colocar uma obturação regular no dente afetado.

## Qual é o procedimento para aplicar o DFP nos dentes de meu filho?

- O higienista dental secará os dentes de seu filho.
- Em quantidades muito pequenas, ele aplicará o DFP nas cavidades e deixará secar por um minuto.
- Observe que o DFP deixará a cavidade preta. Veja as fotos abaixo.
- Seu filho pode sentir um gosto metálico na boca, que desaparecerá rapidamente.
- Se o DFP entrar em contato com a pele e/ou a gengiva, ocorrerá uma coloração temporária.
- Se o DFP for colocado em um dente que tenha uma obturação da cor do dente, poderá gerar mancha permanente.

## Informe o higienista dental caso seu filho apresente alguma das seguintes condições:

- Alergias à prata ou a outros metais
- Feridas dolorosas na boca
- Qualquer sensibilidade anormal da pele

## Após o procedimento:

- Seu filho não deve escovar os dentes durante o resto do dia.
- Os efeitos colaterais listados acima podem não incluir todos os efeitos colaterais relatados pelo fabricante do medicamento. Se notar outros efeitos não listados acima, entre em contato com a enfermeira da escola.
- Se o seu filho não tiver um dentista habitual, o higienista dental ajudará a encontrar um local onde ele possa receber atendimento odontológico contínuo e amplo.
- O tratamento com DFP deve ser repetido nos próximos seis meses se seu filho ainda não tiver recebido tratamento odontológico.

## Dentes que foram tratados com DFP:



Photo Credit: Dr Jeanette MacLean



Photo Credit: Dr Jeanette MacLean

Eu, \_\_\_\_\_, li este formulário e compreendo o tratamento. O tratamento, incluindo os riscos e benefícios, foi explicado de forma satisfatória para mim e tive a oportunidade de fazer perguntas. Entendo que não há nenhuma promessa de que esse tratamento será bem-sucedido. Por meio deste documento, dou meu consentimento para que um higienista dental licenciado realize esse procedimento.

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do pai, mãe, responsável ou representante legal do paciente (se aplicável): \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

Essa permissão é válida até que seja revogada pelos pais ou pelo responsável legal da criança.