



ফ্লোরাইড বার্নিশের ব্যাপারে সম্মতি

চাইল্ডস্মাইল সম্পর্কে তথ্য

চাইল্ডস্মাইল একটি জাতীয় প্রোগ্রাম যা স্কটল্যান্ডের শিশুদের দাঁতের স্বাস্থ্যের উন্নতির জন্য ডিজাইন করা হয়েছে। চাইল্ডস্মাইলের এই অংশের জন্য, বিশেষভাবে প্রশিক্ষিত ডেন্টাল নার্স আপনার সন্তানের দাঁতে বছরে দুবার ফ্লোরাইড বার্নিশ প্রয়োগ করবেন, এটি নার্সারি বা স্কুলে করা হয়। ফ্লোরাইড বার্নিশ একটি ফ্যাকাশে-হলুদ জেল যা দাঁত ক্ষয় রোধে অতিরিক্ত সুরক্ষা প্রদান করে।

আপনার সন্তানের দাঁতে ফ্লোরাইড বার্নিশ পাওয়ার জন্য এই ফর্মের সম্মতি বিভাগটি অবশ্যই পিতামাতা বা কেয়ারার কর্তৃক পূরণ করতে হবে। তারপরে আপনার সন্তানের চিকিৎসা সংক্রান্ত ইতিহাস এবং ব্যক্তিগত বিবরণ আপডেট করার জন্য আমরা বছরে দুবার আপনার সাথে যোগাযোগ করব।

আপনি যদি দাঁতের ফ্লোরাইড বার্নিশ সম্পর্কে আরও তথ্য চান, তাহলে childsmile.nhs.scot-এ যেতে QR কোড স্ক্যান করুন



একজন ডেন্টিস্ট খুঁজে পেতে সাহায্য প্রয়োজন?

QR কোড স্ক্যান করুন বা ভিজিট করুন nhsinform.scot/scotlands-service-directory/dental-services -এ



আপনার সন্তানের দাঁতে বার্নিশ প্রয়োগ করার পরে

- দাঁতে ফ্লোরাইড বার্নিশ প্রয়োগের দুই দিন পর আপনার শিশুকে ফ্লোরাইড ড্রপস বা ট্যাবলেট দিবেন না। এর পরে, নির্দেশনা মোতাবেক সামনে এগিয়ে যান।
- আপনার শিশুকে দিনের বাকি অংশে নরম খাবার খেতে দিবেন, যা ফ্লোরাইড বার্নিশকে দাঁতে দীর্ঘ সময় ধরে রাখতে সাহায্য করবে।
- স্কুল বা নার্সারির বাইরেও আপনার স্থানীয় ডেন্টাল প্র্যাকটিসেও ফ্লোরাইড বার্নিশ দেওয়া হয়।

এই ফর্মটি অনলাইনে childsmile.nhs.scot -এ পাওয়া যায়

অন্যান্য ফরম্যাট এবং অনুবাদ সহায়তা সহ আরও তথ্যের জন্য:



অনুবাদসমূহ



সহজ পাঠ



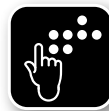
বিএসএল



অডিও



বড় মুদ্রণ



ব্রেইল

@ pfs.otherformats@pfs.scot

0131 314 5300

পাবলিকহেলথস্কটল্যান্ডস্কটল্যান্ডের জাতীয়সংস্থা যা স্কটল্যান্ডের জনগণের স্বাস্থ্য ও সুস্থতার উন্নতি ও সুরক্ষার জন্য কাজ করে।

এই প্রকাশনাটি Open Government License v3.0- এর অধীনে পুনরায় ব্যবহারের জন্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত। আরও তথ্যের জন্য ভিজিট করুন

www.publichealthscotland.scot/ogl

Fluoride varnish consent form

Name of nursery/school

Class (please indicate which) Nursery Primary class (P1–P7)

Full name of child

(If child is known by any name other than their first name, please make this clear.)

Address
Postcode:

Date of birth Daytime tel. no.

It is important that you answer the questions, sign and date this form

Need help completing this form? Scan this QR code or visit childsmile.nhs.scot/contact-us



1. I would like my child to have fluoride varnish applied twice a year. Yes No

2. Does your child have any allergies (especially sticking plaster)? Yes No
If yes, please go to **Question 3**, if no go to **Question 5**.

3. What are they allergic to?

4. Has your child been kept in hospital due to allergies? Yes No

If yes, please provide date when kept in hospital

5. Has your child been kept in hospital due to asthma? Yes No

If yes, please provide date when kept in hospital

I confirm I have parental responsibility for the above child and have read and understood this information.

Signature of parent/ legal guardian

Print name Date

For office use:

Allergies? Yes No Hospitalised (allergies)? Yes No Hospitalised (asthma)? Yes No

Apply varnish? Yes No

Print name _____

Signature _____ Date _____