



# رضایت برای وارنیش فلوراید

## درباره Childsmile

Childsmile یک برنامه ملی است که در اسکاتلند برای بهبود سلامت دندان کودکان طراحی شده است. برای این بخش از Childsmile، آموزش دیده پرستاران دندانپزشکی به طور خاص سالی دو بار در مهد کودک یا مدرسه کودک شما وارنیش فلوراید را روی دندان های کودک شما اعمال می کنند. وارنیش فلوراید یک ژل زرد رنگ است که در برابر پوسیدگی دندان محافظت بیشتری ایجاد می کند.

بخش رضایت این فرم باید توسط والدین یا مراقب فرزند شما تکمیل شود تا فرزند شما وارنیش فلوراید دریافت کند. پس از آن، ما دو بار در سال با شما تماس خواهیم گرفت تا تاریخچه پزشکی و جزئیات شخصی فرزندتان را به روزرسانی کنیم.



اگر معلومات بیشتری در مورد وارنیش فلوراید می خواهید، کد QR را اسکن کنید تا بازدید کنید [childsmile.nhs.scot](http://childsmile.nhs.scot)



یا برای یافتن دندانپزشک به کمک نیاز دارید؟ کد QR را اسکن کنید یا مراجعه کنید [nhsinform.scot/scotlands-service-directory/dental-services](http://nhsinform.scot/scotlands-service-directory/dental-services)

## بعد از اینکه کودک شما وارنیش زد

- به مدت دو روز پس از استفاده از وارنیش فلوراید نباید به کودکان قطره یا قرص فلوراید داده شود. پس از آن، طبق دستور ادامه دهید.
- کودک شما باید در بقیه پخش روز غذاهای نرم بخورد که به ماندگاری وارنیش فلوراید برای مدت طولانی تری روی دندان ها کمک می کند.
- وارنیش فلورایدی که در مدرسه یا مهد کودک استفاده می شود، علاوه بر کاربردهایی است که هنگام مراجعه به مطب دندانپزشکی محلی خود استفاده می کنید.

برای معلومات اضافی، بشمول جمله سایر قالب ها و پشتیبانی مترجم:

این فورمه به صورت آنلاین در دسترس است [childsmile.nhs.scot](http://childsmile.nhs.scot)

[psh.otherformats@psh.scot](mailto:psh.otherformats@psh.scot)

0131 314 5300



بریل/چاپ برای  
نفرهای کور



چاپ بزرگ



صوتی/  
سمعی



بی ایس ایل  
(BSL)



خواندن آسان



ترجمه ها

بهداشت عمومی اسکاتلند آژانس ملی اسکاتلند است که مربوط به بهبود و حفاظت در مورد سلامتی و تندرستی مردم اسکاتلند است.

**OGL**

این نشریه برای استفاده مجدد تحت مجوز باز دولت نسخه 3.0 اجازه دارد. برای معلومات اضافی، مراجعه کنید [www.publichealthscotland.scot/ogl](http://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](https://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 \_\_\_\_\_