



د فلورايد وارئش لپاره رضایت

د Childsmile په اړه

Childsmile یوه ملي برنامه ده چې په سکاټلینډ کې د ماشومانو د غاښونو روغتیا ته وده ورکولو لپاره مطرح شوې ده. د Childsmile د دې برخې لپاره، د غاښونو د معالجې ځانګړي روزل شوي نرساني به ستاسو ماشوم ته د هغوئ په نرسري یا ښوونځي کې په کال کې دوه ځله د غاښونو فلورايد وارئش تطبيق کړي. فلورايد وارئش یو زیر سلخ/جیل دی چې د غاښونو د تخریب پوراندې اضافي محافظت چمتو کوي.

ستاسو ماشوم ته د فلورايد وارئش ترلاسه کولو لپاره باید د مور پلار یا پالونکي لخوا د دې فورمې د رضایت دا برخه بشپړه شي. له هغې وروسته به مونږ په کال کې دوه ځله له تاسو سره اړیکه ونیسو ترڅو ستاسو د ماشوم طبي سابقه/تاریخ او شخصي توضیحات تازه کړو.



که تاسو د فلورايد وارئش په اړه نور معلومات غواړئ، نو د لیدلو لپاره د QR کوډ سکین کړئ childsmile.nhs.scot

آیا د غاښونو ډاکټر موندلو کې مرستې ته اړتیا لرئ؟



د QR کوډ سکین کړئ یا لیدنه وکړئ nhsinform.scot/scotlands-service-directory/dental-services

وروسته له دې چې ستاسو ماشوم د وارئش تطبيق شي

- ستاسو ماشوم ته باید د فلورايد وارئش کارولو څخه وروسته تر دوه ورځو لپاره د فلورايد څاڅکي یا ګولۍ ورنکړي شي. له هغې وروسته، د لارښود سره سمه ادامه ورکړئ.
- ستاسو ماشوم باید د ورځې د پاتې برخې لپاره نرم خواړه وخورې، چې د فلورايد وارئش سره په غاښونو کې د اوږدې مودې لپاره پاتې کیدو کې مرسته وکړي شي.
- فلورايد وارئش په ښوونځي یا نرسري کې د هغه غوښتنلیکونو سرپرته کارول کېږي چې تاسو یې د غاښونو سیمه ایز تمرین ته په ورتلو کوئ.

د نورو اضافي معلوماتو لپاره، په شمول د نورو ښو/فازمتونو او د ژباړې د ملاتړ:

psh.otherformats@psh.scot @

0131 314 5300



دا فورمه آنلاین شتون لري په childsmile.nhs.scot



بریل/د ږندو
لپاره چاپ



لوی چاپ



سمعي/غږیز



بي ایس ایل
(BSL)



اسانه لوستنه



ژباړنې

د سکاټلینډ د عامې روغتیا اداره د سکاټلینډ د خلکو د روغتیا د ښه والي او هوساینې ساتنه کولو لپاره ملي اداره ده.

OGL

دا خپرونه د بیا کارولو لپاره جواز لري د آزاد دولتي جواز v3.0 لاندې. د نورو معلوماتو لپاره، لیدنه وکړئ 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 _____