



الموافقة على طلاء الفلورايد

معلومات عن برنامج Childsmile

Childsmile برنامج وطني مصمم لتحسين صحة أسنان الأطفال في اسكتلندا. بالنسبة لهذا الجزء من برنامج Childsmile، ستقوم ممرضات الأسنان المدربات خصيصًا على هذا الأمر بوضع طلاء الفلورايد على أسنان طفلك مرتين سنويًا في حضانة طفلك أو مدرسته. طلاء الفلورايد هو هلام أصفر فاتح يوفر وقاية إضافية ضد تسوس الأسنان.

يجب إكمال قسم الموافقة في هذا النموذج من قبل ولي(ة) الأمر أو مقدم(ة) الرعاية كي يتمكن طفلك من الحصول على طلاء الفلورايد. وبعد هذا سنتواصل معك مرتين سنويًا من أجل تحديث سجل طفلك الطبي وتفاصيله الشخصية.



في حال الرغبة في الحصول على مزيد من المعلومات عن طلاء الفلورايد يرجى مسح الرمز للتوجه إلى childsmile.nhs.scot

هل من حاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب(ة) أسنان؟



يمكن مسح الرمز أو زيارة nhsinform.scot/scotlands-service-directory/dental-services

بعد وضع طلاء الفلورايد لطفلك

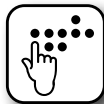
- يجب عدم إعطاء طفلك قطرات فلورايد أو أقراص فلورايد لمدة يومين بعد وضع طلاء الفلورايد. وبعد ذلك، يمكن الاستئناف بحسب التوجيهات.
- يجب أن يتناول طفلك طعامًا لينًا لبقية اليوم للمساعدة في بقاء طلاء الفلورايد على الأسنان لمدة أطول.
- يتم وضع طلاء الفلورايد في المدرسة أو الحضانة، بالإضافة إلى وضعه عند زيارتك لعيادة طب الأسنان المحلية.

لمزيد من المعلومات، بما في ذلك التنسيقات الأخرى ودعم الترجمة:

يتوفر هذا النموذج عبر الإنترنت على الرابط childsmile.nhs.scot

phs.otherformats@phs.scot

0131 314 5300



لغة برايل
للمكفوفين



طباعة كبيرة



صبيغ مسموعة



لغة الإشارة
البريطانية



صبيغ سهلة
القراءة



ترجمات

Public Health Scotland هي هيئة عامة وطنية اسكتلندية تهدف إلى تحسين صحة الشعب الاسكتلندي ووقايته وزيادة عافيته.

OGL

تم ترخيص إعادة استخدام هذا المستند بموجب الإصدار الثالث من الترخيص الحكومي المفتوح (Open Government Licence v3.0). لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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 _____