



# فلورائیڈ وارنش کی رضامندی

## چائلڈ سائل کے بارے میں

چائلڈ سائل ایک قومی پروگرام ہے جسے سکاٹ لینڈ میں بچوں کے دانتوں کی صحت کو بہتر بنانے کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے۔ چائلڈ سائل کے اس حصے کے لیے، خاص طور پر تربیت یافتہ دانتوں کی نرسیں آپ کے بچے کی نرسری یا اسکول میں دو بار آپ کے بچے کے دانتوں پر فلورائیڈ وارنش لگائیں گی۔ فلورائیڈ وارنش ایک ہلکا پیلا جیل ہے جو دانتوں کی خرابی کے خلاف اضافی تحفظ فراہم کرتا ہے۔

آپ کے بچے کو فلورائیڈ وارنش حاصل کرنے کے لیے اس فارم کا رضامندی والا حصہ والدین یا دیکھ بھال کرنے والے کے ذریعے مکمل کرنا چاہیے۔ اس کے بعد ہم آپ کے بچے کی طبی تاریخ اور ذاتی تفصیلات کو اپ ڈیٹ کرنے کے لیے آپ سے سال میں دو بار رابطہ کریں گے۔



اگر آپ فلورائیڈ وارنش کے بارے میں مزید معلومات چاہتے ہیں، تو [Childsmile.nhs.scot](https://www.childsmile.nhs.scot) پر جانے کے لیے QR کوڈ اسکین کریں۔

دانتوں کا ڈاکٹر تلاش کرنے میں مدد کی ضرورت ہے؟



QR کوڈ اسکین کریں یا [nhsinform.scot/scotlands-service-directory/dental-services](https://nhsinform.scot/scotlands-service-directory/dental-services) پر جائیں

آپ کے بچے کو وارنش لگانے کے بعد

- فلورائیڈ وارنش لگانے کے بعد آپ کے بچے کو دو دن تک فلورائیڈ کے قطرے یا گولیاں نہیں دی جانی چاہئیں۔ اس کے بعد، ہدایت کے مطابق جاری رکھیں۔
- آپ کے بچے کو باقی دن میں نرم غذائیں کھانی چاہئیں، جس سے فلورائیڈ وارنش کو دانتوں پر زیادہ دیر تک رہنے میں مدد ملے گی۔
- اسکول یا نرسری میں فلورائیڈ وارنش کا اطلاق اس کے علاوہ اضافی ہوتا ہے جو آپ کی مقامی دانتوں کے ڈاکٹر کی سرجری میں لگائی جاتی ہے۔

مزید معلومات، بشمول دیگر شکلوں اور ترجمہ کی معاونت کے لیے:

یہ فارم [childsmile.nhs.scot](https://www.childsmile.nhs.scot) پر آن لائن دستیاب ہے۔

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

0131 314 5300



بریل



بڑے حروف



آڈیو



بی ایس لیل



ایزی ریڈ



ترجمے

پبلک ہیلتھ سکاٹ لینڈ سکاٹ لینڈ کے لوگوں کی صحت اور تندرستی کو بہتر بنانے اور تحفظ فراہم کرنے کے لیے سکاٹ لینڈ کی قومی ایجنسی ہے۔

**OGL**

یہ اشاعت اوپن گورنمنٹ لائسنس v3.0 کے تحت دوبارہ استعمال کے لیے لائسنس یافتہ ہے۔ مزید معلومات کے لیے، ملاحظہ کریں۔ [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 \_\_\_\_\_