

Chương Trình Sức Khỏe Nha Khoa Trường Học

Biểu Mẫu Chấp Thuận và Thông Tin Bổ Sung về SDF

Silver Diamine Fluoride (SDF) là gì?

SDF là một chất lỏng có thể được đánh trên răng để ngăn chặn sâu răng. Hoạt chất này được sử dụng cho răng mà không cần sử dụng kim hoặc máy khoan, vì vậy SDF có thể đặc biệt hữu ích cho những người dân Vermont gặp khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng. Việc điều trị sâu răng bằng SDF có thể không thay thế được việc trám răng thường xuyên xuyên vào răng bị ảnh hưởng trong tương lai.

Cách bôi SDF lên răng của con tôi?

- Chuyên viên vệ sinh răng miệng sẽ làm khô răng của con quý vị.
- Họ sẽ bôi SDF cho lỗ sâu răng với số lượng rất nhỏ và để khô trong một phút.
- Lưu ý rằng SDF sẽ chuyển một lỗ sâu sang màu đen. Xem hình ảnh bên dưới.
- Con quý vị có thể cảm thấy vị kim loại trong miệng nhưng mùi vị này sẽ biến mất nhanh chóng.
- Nếu SDF tiếp xúc với da và/hoặc nước, các bộ phận đó có thể bị nhuộm màu tạm thời.
- Nếu SDF được bôi trên răng có chất trám màu răng, có thể xảy ra tình trạng nhuộm màu.

Vui lòng thông báo cho chuyên gia vệ sinh răng miệng nếu con quý vị có bất kỳ tình trạng nào sau đây:

- Dị ứng với bạc hoặc các kim loại khác
- Loét miệng và đau
- Bất kỳ sự nhạy cảm bất thường nào trên da

Sau khi bôi thuốc:

- Con quý vị không nên đánh răng trong thời gian còn lại của ngày.
- Các tác dụng phụ được liệt kê ở trên có thể không bao gồm tất cả các tác dụng phụ được báo cáo bởi nhà sản xuất thuốc. Nếu quý vị nhận thấy các tác dụng phụ khác không được liệt kê ở trên, vui lòng liên hệ với y tá trường học.
- Nếu con quý vị không có nha sĩ thông thường, chuyên gia vệ sinh răng miệng sẽ giúp quý vị tìm một phòng khám nơi mà con quý vị có thể được chăm sóc nha khoa toàn diện, liên tục.
- Điều trị bằng SDF nên được lặp lại trong vòng sáu tháng tới nếu con quý vị chưa được điều trị nha khoa.

Răng đã được điều trị bằng SDF:

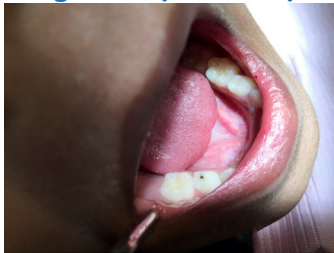


Photo Credit: Dr Jeanette MacLean



Photo Credit: Dr Jeanette MacLean

Tôi, _____, đã đọc biểu mẫu này và hiểu cách điều trị. Việc điều trị, bao gồm cả rủi ro và lợi ích, đã được giải thích thỏa đáng cho tôi và tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi. Tôi hiểu rằng không có cam kết phương pháp điều trị này sẽ thành công. Tôi đồng ý để một chuyên viên vệ sinh nha khoa được cấp phép thực hiện thủ thuật này.

Ngày: _____ Chữ Ký của Bệnh Nhân: _____

Chữ ký của Phụ Huynh, Người Giám Hộ hoặc Người Đại Diện Pháp Lý của Bệnh Nhân (nếu có): _____

Chữ ký của người làm chứng: _____

Sự chấp thuận này có giá trị cho đến khi được phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ thu hồi.