



استمارة تفويض استخدام معجون الأسنان بالفلورايد (معجون أسنان/ غير معلب مقدم من البرنامج)

- يجب أن يوقع أحد الوالدين على استمارة تفويض استخدام معجون الأسنان إذا تم:
- استخدام معجون أسنان يحتوي على الفلورايد للأطفال الأكبر من سنتين
 - استخدام معجون أسنان لا يحتوي على الفلورايد بغض النظر عن العمر

يجب أيضاً توقيع هذه الاستمارة من قبل طبيب الأسنان أو مقدم الرعاية الصحية في حالة استخدام معجون أسنان يحتوي على الفلورايد (ADA) للأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين مع الأسنان، على النحو الموصى به من قبل جمعية طب الأسنان الأمريكية

اسم الطفل:	تاريخ الميلاد والعمر:
تاريخ البدء:	تاريخ التوقف: (لحد 12 شهراً بعد "تاريخ البدء")
تعليمات خاصة:	

معجون أسنان مقدم من البرنامج (يكمله مقدم رعاية الأطفال)

اسم معجون الاسنان:	تاريخ انتهاء الصلاحية:
لمكونات النشطة:	معلومات تعريفية اخرى:
الاعراض الجانبية المحتملة:	

انا أسمح باستخدام معجون الأسنان اعلاه لطفلي

توقيع الوالد/ولي الأمر _____ التاريخ _____

توقيع مقدم الرعاية الصحية _____ التاريخ* _____
(مطلوب فقط للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 2 سنوات. باستخدام معجون الأسنان بالفلورايد)

سبب اعطاء العلاج:	لازالة جير الأسنان / الطعام من الأسنان ومنع تسوس الأسنان
الطريقة:	موضعي
الكمية الواجب اعطاءها:	كمية بحجم حبة الأرز -لعمر 2-3 سنوات كمية بحجم حبة البازلاء -لعمر 3-6 سنوات
الأوقات الواجب تطبيقها:	* حسب توصيات جمعية طب الأسنان الأمريكية American Dental Association
الخبز:	مرة واحدة يوميا
	درجة حرارة الغرفة