Enter your school’s name.

عزيزي ولي الأمر/الوصي:

تتعاون مدرستنا مع إدارة الصحة وخدمات كبار السن في ميزوري ومكتب صحة الأسنان لتقديم برنامج مجاني لرعاية صحة الفم وذلك لمنع تسوس/تجاويف الأسنان. هذا البرنامج مقدّم إلى جميع الأطفال في ولاية ميزوري ويشمل أولئك الذين يزورن طبيب الأسنان كل عام. سيقوم بالمراجعة شخص استوفى معيار برنامج الخدمات الوقائية وأكمل تدريب مراجعة صحة الفم والأسنان. سيرتدي فني مراجعة صحة الفم قفازات طبيب الأسنان وسيستخدم مرآة فحص الفم التي تُستعمل لمرة وحدة. سيُوضع على أسنان طفلك طبقة رقيقة من ورنيش الفلورايد لإيقاف تسوس/ثقوب الأسنان. سيُوضع الفلورايد مرتين خلال العام الدراسي. ورنيش الفلورايد مادة آمنة للاستخدام في منع التسوس/الثقوب الصغيرة وعلاجها في بداياتها.

 سيحصل طفلك على مجموعة مجانية تضم فرشاة ومعجون أسنان، ومعلومات عن صحة الفم.

 هذه الخدمة ليست بديلاً عن مراجعة طبيب الأسنان للفحص الدوري. نوصيكم بزيارة طبيب الأسنان مرة واحدة في السنة على أقل تقدير.

|  |
| --- |
| يُرجى من الوالدين/الوصي القانوني إكمال القسم التالي والتوقيع عليهتُجرى مراجعة صحة الفم والاسنان والعلاج بورنيش الفلورايد مجانًا، ولكن يجب عليك الموافقة عليها. \_\_\_نعم**،** أريد أن يُجرى لطفلي مراجعة صحة الفم والأسنان ووضع ورنيش الفلورايد مرتين في العام يفصل بينها من 3 إلى 6 شهور.\_\_\_نعم، أريد أن يُجرى لطفلي مراجعة صحة الفم والأسنان. ولكن لا أريد علاج طفلي بورنيش الفلورايد.\_\_\_لا، لا أود أن يشارك طفلي في برنامج صحة الفم هذا.اسم الطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_العمر: \_\_\_\_\_\_\_ الصف: \_\_\_\_\_\_ المعلم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| حدد "جميع" النقاط التي تنطبق على العِرق:\_\_\_ هندي أمريكي/ أحد سكان ألاسكا الأصليين\_\_\_ آسيوي\_\_\_ أسود / أمريكي من أصل إفريقي\_\_\_ أحد سكان هواوي أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ\_\_\_ أبيض | حدد "أحد"الخيارات التي تنطبق على الإثنية: \_\_\_ من أصل إسباني\_\_\_ ليس من أصل إسباني | حدد "أحد" النقاط التي تنطبق على تأمين الأسنان الخاص بطفلك:\_\_\_ Medicaid/الرعاية المُدارة في ولاية ميزوري\_\_\_ التأمين الخاص\_\_\_ لا يوجد\_\_\_ غير معروف/غير متوفر |

توقيع ولي الأمر/الوصي: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**التاريخ: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

يُكمل هذا القسم الشخص الذي يجري مراجعة صحة الفم والأسنان ويُرسلها إلى المنزل مع الطفل.

اسم الطفل: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**التاريخ: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

أجريت لطفلك مراجعة لصحة الفم هذا اليوم هذه المراجعة لصحة الفم **ليست** بديلة للفحص الدوري لدى طبيب الأسنان، ويُوصى بها مرة واحدة على الأقل كل عام. **لم** يُجرى أي تصوير بالأشعة السينية للأسنان. وجد الشخص الذي أجرى مراجعة لصحة الأسنان والفم بعد الفحص ما يلي:

1.\_\_\_\_ لا يوجد حاجة لعلاج الأسنان في الوقت الحالي ولكن عليك مراجعة طبيب الأسنان لإجراء الفحص الدوري مرة واحدة في العام على الأقل.

**2.\_\_\_\_ يحتاج إلى علاج للأسنان في أقرب وقت (4 - 8 أسابيع)،** حيث يُحتمل وجود تسوس في الأسنان. يُرجى تحديد موعد مع طبيب الأسنان للعلاج.

**3.\_\_\_\_** يحتاج إلى علاج عاجل (خلال 24 - 48 ساعة)، بسبب ألم في الأسنان أو تسوس أو عدوى في الفم. يُرجى تحديد موعد لدى طبيب الأسنان في أقرب وقت ممكن.

****

**تحدث مع طفلك عن صحة الأسنان والفم!تفضل بزيارة صفحات الويب الخاصة بخطة الدراسة الشخصية على الرابط التالي** [**https://health.mo.gov/living/families/oralhealth/oralhealtheducation.php**](https://health.mo.gov/living/families/oralhealth/oralhealtheducation.php)

**بموجب قسم التثقيف بصحة الفم، يُمكنك إيجاد مقاطع فيديو تعليمية بالإضافة إلى الكثير والكثير لتتعلم عن صحة الفم والأسنان أو امسح رمز الاستجابة السريعة (QR) بهاتفك لفتح مقاطع فيديو تعليمية عن صحة الفم.**