

ผลการตรวจคัดกรองด้านทันตกรรม

กรุณาแบ่งปันข้อมูลนี้กับทันตแพทย์ของบุตรหลานของคุณ

ชื่อของบุตรหลาน: _____ วันที่: _____
(นามสกุล) (ชื่อ)

ฟันของบุตรหลานของคุณได้รับการตรวจที่โรงเรียนวันนี้แล้ว ผลการตรวจของบุตรหลานของคุณได้ระบุไว้ด้านล่าง
กรุณาไปพบทันตแพทย์อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

ผลการตรวจคัดกรองด้านทันตกรรม



- ☐ 0 - ฟันของบุตรหลานของคุณดูแข็งแรงและอยู่ในสภาพดี
ไม่พบสัญญาณของปัญหาสุขภาพช่องปากที่มองเห็นได้ ควรพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง



- ☐ 1 - พบสัญญาณของปัญหาสุขภาพช่องปากที่มองเห็นได้
พบความเป็นไปได้ที่บุตรหลานของคุณจะมีฟันผุหรือฟันผุเล็กน้อย
ขอแนะนำให้พบทันตแพทย์ในเดือนหน้าเพื่อป้องกันปัญหาที่รุนแรงหรือมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น
- ☐ หากบุตรหลานของคุณกำลังรับการรักษาอยู่ กรุณาติดตามการรักษาต่อไป
กับทันตแพทย์ของคุณ



- ☐ 2 - พบสัญญาณหรืออาการของปัญหาสุขภาพช่องปากที่รุนแรง
พบความเป็นไปได้ที่จะมีฟันผุนขนาดใหญ่ อาการปวด หรือฝีที่ฟัน/การติดเชื้อ
ขอแนะนำให้พบทันตแพทย์ภายใน 24-48 ชั่วโมง
- ☐ บุตรหลานของคุณไม่สามารถเข้าร่วมได้ เราจะลองอีกครั้งในคราวหน้า!
กรุณาพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์วารินิชแล้ว: ☐ ใช่ ☐ ไม่

หลังจากได้รับการเคลือบฟลูออไรด์วารินิช

- บุตรหลานของคุณไม่ควรแปรงฟันหรือใช้ไหมขัดฟันเป็นเวลา 24 ชั่วโมง
- หลีกเลี่ยงอาหารแข็ง เช่น เพอร์ทเซล ลูกกวาด และแอปเปิ้ล

Dental Screening and Sealant Results

Please share this information with your child's dentist

This is an oral health screening for:

Name of Child: _____ Date: _____
(Last) (First)

A screening is a quick look and does not take the place of a complete examination by a Dentist or a Dental Therapist. Serious oral health problems may be missed in a screening.

DENTAL SCREENING RESULTS



☐ No visible signs of oral problems. See your Dentist or Dental Therapist at least yearly for preventative dental appointments.



☐ Visible signs of oral problems were found. Visit a Dentist or Dental Therapist in the next several weeks, before your child's next preventative dental appointment to treat possible cavities or more serious problems.



☐ Visible signs or symptoms of serious dental problems were found. Possible large cavities, pain, swelling, infection, or abscesses were present. A visit to a Dentist or Dental Therapist is recommended in the next 0 – 2 weeks.

DENTAL SEALANTS



Sealants were placed on your child's back teeth (molars).



Partial sealants were placed. Sign up again next year.



Sealants were not placed on your child's teeth because:

___ The teeth may have cavities. Please follow-up with your dentist.

___ The teeth have fillings.

___ The teeth have sealants.

___ The teeth were not grown in far enough for sealants.

___ The procedure was too difficult for your child.

AFTER GETTING DENTAL SEALANTS

- Sealants only protect the back teeth. Brush and floss daily to keep teeth healthy.
- You may not be able to see the sealants, or they may look white or cream colored.
- It may feel strange to bite for a day or two. That feeling goes away.
- An allergic reaction is possible, but it is very rare. If you notice any unusual symptoms in your child after treatment, call your child's doctor.
- Eat soft foods for the next 24 hours.

RECEIVED FLUORIDE VARNISH: ☐ Yes ☐ No

AFTER GETTING FLUORIDE VARNISH

- Your child should not brush their teeth or floss for 24 hours
- Avoid hard foods such as pretzels, candy, and apples