



ที่ 33/2565

1 สิงหาคม 2565

เรื่อง การดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก

เรียน ผู้ปกครองนักเรียนโรงเรียนธีรศาสตร์

ด้วยกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ได้ดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของนักเรียนด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก เพื่อให้บริการตรวจสุขภาพในช่องปากเคลือบฟลูออไรด์วานิช และการเคลือบหลุมร่องฟัน สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 , 3 และ ประถมศึกษาปีที่ 6 ระหว่างวันที่ 5 - 9 กันยายน 2565 สถานที่โรงเรียนธีรศาสตร์

การเคลือบฟลูออไรด์วานิช

ฟลูออไรด์วานิช เป็นสารที่เคลือบบนตัวฟัน เพื่อป้องกันฟันผุ เมื่อเคลือบแล้วจะมีลักษณะเป็นคราบขาวเกาะติดบนตัวฟันแนะนำให้ งดเคี้ยวอาหารแข็ง และแปรงฟันเป็นเวลา 4 ชั่วโมง ภายหลัง การเคลือบ โดยทางเจ้าหน้าที่จะงดเคลือบฟลูออไรด์วานิชในกรณีที่มีบุตรหลานของท่านมีโรคประจำตัว คือ ทอบ มีแผล ในช่องปาก มีประวัติ แพ้พลาสติกปิดแผล และ ฟลูออไรด์วานิช

การเคลือบหลุมร่องฟัน

การเคลือบหลุมร่องฟัน คือ การใช้วัสดุเคลือบร่องฟันที่เป็นสารสีใสหรือสีขาวที่คล้ายสีฟัน เคลือบผนังลงบนฟันเพื่อปิดบริเวณหลุมและร่องฟันที่ลึก ช่วยให้ทำความสะอาดได้ทั่วถึง ป้องกันฟันผุ

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้นักเรียนในความปกครองของท่าน เข้ารับการตรวจรักษาสุขภาพในช่องปากตามวันเวลาที่กำหนด (ฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย)

ขอแสดงความนับถือ

(บาทหลวงมงคล จันทรสุนด์)

ผู้ลงนามแทนผู้รับใบอนุญาต/ผู้จัดการ/ผู้อำนวยการโรงเรียนธีรศาสตร์

ใบแสดงความยินยอมให้เคลื่อนฟลูออไรด์วาร์นิชและเคลือบหลุมร่องฟัน

ข้าพเจ้า นาย /นาง /นางสาวความสัมพันธ์.....
ด.ช. /ด.ญ.ระดับชั้น

ยินยอมให้เคลื่อนฟลูออไรด์วาร์นิช

ไม่ยินยอมให้เคลื่อนฟลูออไรด์วาร์นิช

ยินยอมให้เคลือบหลุมร่องฟัน

ไม่ยินยอมให้เคลือบหลุมร่องฟัน

หมายเหตุ ในกรณียินยอม แบบสำเนาทะเบียนบ้านของนักเรียน 1 ฉบับ

โรคประจำตัว ไม่มี มี ได้แก่.....

ประวัติการแพ้ยา/อื่นๆ ไม่มี มี ได้แก่.....

ประวัติการแพ้พลาสติกอุดฟัน ไม่มี มี

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

โทรศัพท์.....

** ขอให้ท่านผู้ปกครองนำหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ส่งครูประจำชั้นในวันศุกร์ที่ 5 สิงหาคม 2565**

แบบแจ้งผลการตรวจสุขภาพช่องปาก

ต้องขูดหินน้ำลาย ใช่ ไม่ใช่

ฟันแท้ ต้องอุดฟัน ต้องถอนฟันหรือรักษารากฟัน

ฟันน้ำนม ต้องอุดฟัน ต้องถอนฟันหรือรักษารากฟัน