

ຊື່ຂອງເດັກ: _____

(ນາມສະກຸນ)

(ຊື່ແທ້)

ວັນທີ: _____

ມັນມີການກວດສຸຂະພາບແຂ້ວຂອງລູກທ່ານໃນໂຮງຮຽນ. ຜົນກວດລູກທ່ານແມ່ນໝາຍໄວ້ຂ້າງລຸ່ມ.
ເຂົ້າພົບທັນຕະແພດຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ.

ຜົນກວດສຸຂະພາບແຂ້ວ


☐

0 - ແຂ້ວຂອງລູກທ່ານບໍ່ກະຕືຫຼາຍ!

ບໍ່ມີສັນຍານທີ່ສັງເກດເຫັນໄດ້ກ່ຽວກັບບັນຫາແຂ້ວ. ເຂົ້າພົບທັນຕະແພດຂອງທ່ານຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ.


☐

1 - ພົບເຫັນສັນຍານທີ່ສັງເກດເຫັນໄດ້ກ່ຽວກັບບັນຫາແຂ້ວ. ພົບເຫັນແຂ້ວທີ່ອາດກາຍມາເປັນແຂ້ວແມງ ຫຼື
ແຂ້ວແມງເຫຼັ້ມໜ້ອຍໃນ ແຂ້ວຂອງລູກທ່ານ. ແນະນຳໃຫ້ເຂົ້າພົບທັນຕະແພດໃນເດືອນຖັດໄປ
ເພື່ອປ້ອງກັນບັນຫາທີ່ຮ້າຍແຮງ ຫຼື ບັນຫາທີ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼາຍຂຶ້ນ.

☐

ຖ້າລູກຂອງທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວແລ້ວ, ກະຊວງຕິດຕາມຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ ກັບທັນຕະແພດຂອງທ່ານ.


☐

2 - ພົບເຫັນສັນຍານ ຫຼື ອາການທີ່ສັງເກດເຫັນໄດ້ກ່ຽວກັບບັນຫາແຂ້ວທີ່ຮ້າຍແຮງ.
ມີແຂ້ວເຫຼັ້ມໃຫຍ່ທີ່ອາດກາຍມາເປັນແຂ້ວແມງ, ອາການປວດ ຫຼື ຜິດການຕິດເຊື້ອ.
ແນະນຳໃຫ້ເຂົ້າພົບທັນຕະແພດໃນ 24-48 ຊົ່ວໂມງຖັດໄປ.

☐

ລູກຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມ. ພວກເຮົາຈະພະຍາຍາມລອງໃໝ່ອີກຄັ້ງ!
ກະຊວງເຂົ້າພົບທັນຕະແພດຂອງທ່ານຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ.

☐ ຂາດ

☐ ປະຕິເສດ

ໄດ້ຮັບສານເຄືອບຟລູອໍຣາຍ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຫຼັງຈາກທີ່ໄດ້ຮັບສານເຄືອບຟລູອໍຣາຍ

- ລູກຂອງທ່ານບໍ່ຄວນຖືແຂ້ວ ຫຼື ຂັດແຂ້ວຂອງພວກເຂົາໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ
- ຫຼີກລ່ຽງອາຫານແຂ້ງ ເຊັ່ນ: ເພຣັດເຊວ, ເຂົ້າໜົມອົມ ແລະ ໝາກແອັບເປີນ

Dental Screening Results

Please share this information with your child's dentist

For more
information or if you
need help finding a
dentist, please call us
at 503-521-7166.

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

Your child's teeth were checked at school today. Your child's results are marked below. Please continue to see a dentist at least once a year.

DENTAL SCREENING RESULTS



- ☐ 0 - Your child's teeth looked great!
No visible signs of dental problems. See your dentist at least once a year.



- ☐ 1 - Visible signs of dental problems were found. Possible cavities or small cavities were seen in your child's teeth. A visit to a dentist is recommended in the next month to prevent serious or more costly problems.
- ☐ If your child is already receiving treatment, please continue follow-up with your dentist.



- ☐ 2 - Visible signs or symptoms of serious dental problems were found. Possible large cavities, pain or abscesses/infection were present. A visit to a dentist is recommended in the next 24-48 hours.

- ☐ Your child was not able to participate. We'll try again next time!
Please see your dentist at least once a year.

☐ Absent ☐ Refused

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