



Consent for Silver Diamine Fluoride Application

The use of silver diamine fluoride in dentistry has been well documented for its safe and successful ability to control tooth decay. Its application is a conservative approach for the treatment of active decay.

The Procedure:

- Dry teeth
- Application of 38% Silver Diamine Fluoride (FDA approved product) to appropriate teeth with visible cavities in very small amounts using a micro brush.
- Rinse with water

Contraindications:

- Silver Diamine Fluoride Allergy (very rare)

Possible Side Effects:

- A cavity in the presence of Silver Diamine Fluoride will turn that part of the tooth dark. This is an indication that the decay in the tooth is arresting.
- If Silver Diamine Fluoride comes in contact with skin and/or gums, temporary discoloration will occur.
- If Silver Diamine Fluoride is placed on a tooth that has a tooth colored restoration on it, discoloration may occur.
- Silver Diamine Fluoride placed on demineralized enamel (white lesions) may cause discoloration.

The side effects listed above may not include all of the side effects reported by the drug's manufacturer. If you notice other effects not listed above, please contact us.

Treatment of tooth decay with Silver Diamine Fluoride does not necessarily prevent the need to place a regular filling in the affected tooth in the future in order to restore function and esthetics. Re-application is usually recommended biannually, until the cavity is restored or arrested, or the tooth exfoliates.

Do not eat for one hour and do not brush your teeth for 24 hours after treatment.

The above treatment technique has been explained to me to my satisfaction and I understand it fully. I have read this form, understand the treatment, have had the risks, benefits, and alternative treatments explained, and have had the chance to ask questions. I understand that I may refuse treatment. I give my consent to have Brown County Oral Health Partnership to administer Silver Diamine Fluoride on:

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

No warranty or guarantee has been made as to the result or cure. It has been explained to me and I understand the consequences which may affect my child's health if dental treatment is not performed.

Printed Name of Parent/Legal Guardian

Signature of Parent/Legal Guardian

Date



Consentimiento para Aplicar Fluoruro de Diamina de Plata

El uso del Fluoruro de Diamina de Plata en odontología ha sido bien documentado por su capacidad segura y exitosa para controlar la caries dental.

El Procedimiento:

- Dientes secos
- Aplicación de 38% Fluoruro de Diamina de Plata (Aprobado por la FDA) a dientes apropiados con caries visibles en cantidades muy pequeñas con un micro cepillo.
- Enjuagar con agua

Contraindicaciones:

- Alergia al Fluoruro de Diamina de Plata (muy raro)

Posibles efectos secundarios:

- Cavidad en presencia de Fluoruro de Diamina de Plata volvera esa parte del diente oscura. Esta es una indicación de que la caries en el diente se esta deteniendo.
- Si el Fluoruro de Diamina de Plata entra en contacto con la piel y/o la encia, ocurrira una decoloración temporal.
- Si el Fluoruro de Diamina de Plata es colocado en un diente que tiene una restauración de color de dientes en el, decoloración puede ocurrir.
- Fluoruro de Diamina de Plata es colocado sobre esmalte desmineralizado (lesiones blancas), puede causar decoloración.

Los efectos secundarios mencionados anteriormente pueden no incluir todos los efectos secundarios notificados por el fabricante del farmaco. Si nota otros efectos secundarios no mencionados anteriormente, póngase en contacto con nosotros.

Tratamiento de la caries dental con Fluoruro de Diamina de Plata no impide necesariamente la necesidad de colocar un relleno regular en el diente afectado en el futuro con el fin de restaurar la función y la estetica. La Re-aplicación se recomienda generalmente, bisanualmente, hasta que la cavidad sea restaurada o arrestada o el diente se exfolia.

No comer durante una hora y no cepillarse los dientes durante 24 horas despues del tratamiento.

La tecnica de tratamiento anterior se me ha explicado a mi satisfacci6n y lo entiendo plenamente. He leído esta forma, entiendo el tratamiento, he tenido los riesgos, bene/icios y tratamientos alternativos explicados, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entendiendo que puedo rechazar el tratamiento. Doy mi consentimiento para que el doctor administre Fluoruro de Diamina de plata en:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

No se ha hecho ninguna garantfa sobre el resultado o la cura. Se me ha explicado y entiendo las consecuencias que pueden afectar la salud de mi hijo si el tratamiento dental no se realiza.

Imprimir Nombre del Padre/Guardian Legal

Firma del Padre/Guardian Legal

Fecha