



කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ පෝරමය

වික්ටෝරියානු රජයේ පාසල් දන්ත වෛද්‍ය වැඩසටහන - Smile Squad - ළඟදීම ඔබේ පාසලට පැමිණේ.

මෙයින් අදහස් කරන්නේ සියලුම සිසුන්ට පාසලේදී නොමිලේ දන්ත පරීක්ෂාවක්, රෝග නිවාරණ සේවා සහ ප්‍රතිකාර ලබා ගත හැකි බවයි.

වැඩි විස්තර සඳහා, හෝ ඔබට පෝරම පිරවීමට උදව් අවශ්‍ය නම්:

- ඊමේල්: smilesquad@dhs.vic.gov.au
- දුරකථන: 1300 503 977
- වෙබ් අඩවිය: www.smilesquad.vic.gov.au

ඔබ කළ යුත්තේ කුමක්ද:

- 1 Smile Squad තොරතුරු පත්‍රිකාව කියවන්න
- 2 පෝරම ඉංග්‍රීසියෙන් පුරවා අත්සන් කරන්න (පිටු 4-10)
- 3 හැකි තාක් ඉක්මනින් පෝරම නැවත ලබාදෙන්න. ඔබේ සම්පූර්ණ කළ පෝරම ලබාදුන් ලියුම් කවරයට දමා නැවත පාසලට ලබාදෙන්න.
- 4 මෙම පැකේජයේ ඉතිරි තොරතුරු අනාගත භාවිතය සඳහා තබාගන්න.

කරුණාකර සියලු පෝරම කැපිටල් අකුරෙන් සම්පූර්ණ කරන්න.



මෙම කැමැත්ත ප්‍රකාශකිරීමේ පෝරමය වෙනත් භාෂාවලින් ද කියවීමට ලබා ගත හැක. කරුණාකර ඉංග්‍රීසි අනුවාදය ඉදිරිපත් කරන්න.

වෙබ් අඩවිය: www.smilesquad.vic.gov.au/consent



නැවුම් ආහාර තෝරන්න සහ සීනි සහිත ආහාර, බීම සහ රසකැවිලි සීමා කරන්න



උදේ සහ රාත්‍රියේ ෆ්ලෝරයිඩ් සහිත දන්තලේපයකින් දත් මදින්න



නළ ජලය ඕනෑ තරම් බොන්න

Smile Squad තොරතුරු පත්‍රිකාව

සෑම කෙනෙකුටම නිරෝගී සිනහවක් ලැබිය යුතුය.

දත් දිරායාම යනු ඕස්ට්‍රේලියාවේ වඩාත් සුලභ ළමා රෝගය වන නමුත් එය වළක්වා ගත හැකිය. නීතිපතා දත්ත වෛද්‍ය පරීක්ෂාවන් මඟින් ගැටළු ඉක්මනින් සොයා ගැනීමට සහ කළමනාකරණය කිරීමට හැකි වේ.

දත්ත වෛද්‍ය සේවා

Smile Squad පාසල් වේලාව තුළ පාසලේ සිසුන්ට නොමිලේ දත්ත වෛද්‍ය සේවා සපයයි. අවශ්‍ය ඕනෑම සාමාන්‍ය ප්‍රතිකාරයක් මෙයට ඇතුළත් වේ.

Smile Squad කාර්ය මණ්ඩලයට මුඛ සෞඛ්‍ය විකිත්සකයින්, දත්ත විකිත්සකයින්, මුඛ සෞඛ්‍ය අධ්‍යාපනඥයින්, දත්ත සහායකයින් සහ දත්ත වෛද්‍යවරුන් ඇතුළත් වේ.

මට කිසිවක් ගෙවීමට අවශ්‍යද?

නැත. මෙය වික්ටෝරියානු රජය විසින් සියලුම සිසුන් සඳහා නොමිලේ ලබා දෙන සේවාවකි.

පරීක්ෂාවේ දිදී (පරීක්ෂා කිරීම) කුමක් සිදුවේද?

සම්පූර්ණ දත්ත වෛද්‍ය පරීක්ෂණයකට ශිෂ්‍යයෙකුගේ දත්, විදුරුමස්, හකු සහ මුඛය පරීක්ෂා කිරීම ඇතුළත් වේ.

ඔබ කැමැත්ත ලබා දෙන්නේ නම්, පහත සේවාවන් සැපයිය හැකිය:

සේවාව	විස්තරය
දත් පිරිසිදු කිරීම	කැල්කියුලස් (දෘඩ කොටස්) හෝ දැඩි පැල්ලම් ඉවත් කිරීම සඳහා දත් පිරිසිදු කිරීම
දත්ත x-කිරණ	X-කිරණ (සාමාන්‍යයෙන් මුඛයේ සෑම පැත්තකටම එකක් බැගින්) විදුරුමස් යට සහ දත් ඇතුළත සිදුවන්නේ කුමක්දැයි බැලීමට උපකාරී වේ.
ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්ෂික	ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්ෂික දත් දිරායාම වැළැක්වීම සඳහා සෑම මාස හයකට වරක්ම සියලුම දත් මත ආලේප කෙරෙනු ලබයි
ෆිෂර් සීලන්ට්	දත් දිරායාම වැළැක්වීම සඳහා හක්කේ දත් මත ආලේප කරනු ලැබේ. සමහර ෆිෂර් සීලන්ට් ද්‍රව්‍යවල ෆ්ලෝරයිඩ් අඩංගු වේ

අමතර ප්‍රතිකාර අවශ්‍ය නම්, Smile Squad මේ ගැන සාකච්ඡා කර කැමැත්ත ලබා ගනී.

Smile Squad ශිෂ්‍යයෙකුට ප්‍රයෝජනවත් රෝග නිවාරණ සේවා පමණක් සපයනු ඇත.

කැමැත්ත ලබා දිය හැක්කේ කාටද?

දෙමාපියන්ට, නීත්‍යානුකූල භාරකරුවන්ට, රැකබලා ගන්නන්ට හෝ පරිණත බාල වයස්කරුවන්ට මෙම පෝරම සම්පූර්ණ කර පරීක්ෂණය සඳහා කැමැත්ත ලබා දිය හැක.

දෙමාපියන්/භාරකරුවන්ගේ නියැලීම දිරිමත් කරන අතර, වික්ටෝරියා හි, 'පරිණත බාලවයස්කරුවන්' ලෙස සලකනු ලබන දරුවන්ට ඔවුන්ගේම දත්ත රැකවරණය සඳහා කැමැත්ත ලබා දිය හැකිය. දරුවන් වැඩිහිටි හා පරිණත වන විට, ඔවුන්ගේම සෞඛ්‍ය රැකවරණය සෙවීම සහ ලබා ගැනීම ඇතුළුව තමන්ගේම තීරණ ගැනීමට ඔවුන්ට වැඩි හැකියාවක් ඇති බව නීතියෙන් පිළිගනී.

පරිණත බාල වයස්කාරයෙකු ලෙස සැලකීමට, ශිෂ්‍යයාට තම තත්වයේ අවදානම්, ප්‍රතිලාභ සහ විය හැකි සංකූලතා පිළිබඳව ප්‍රමාණවත් අවබෝධයක් ඇති බවට සහ දැනුවත් කැමැත්ත ලබා දීම සඳහා යෝජිත ප්‍රතිකාරය පිළිබඳව Smile Squad වෛද්‍යවරයා සෑහීමකට පත් විය යුතුය. ශිෂ්‍යයෙකුට සමහර දත්ත ප්‍රතිකාර තීරණ ගැනීමේ හැකියාවක් ඇති බව සැලකිය හැකි නමුත් අනෙක් ඒවාට නොමැත. දත්ත වෛද්‍යවරයා විසින් ද්විතීයික පාසල් වයසේ පසුවන ශිෂ්‍යයෙකු පරිණත බාල වයස්කරුවෙකු ලෙස නොසලකන විට, ඔවුන්ගේ දෙමාපිය/භාරකරුවන්ගේ කැමැත්ත ලබාගනු ඇත.

ඔබට කිසියම් ප්‍රශ්නයක් ඇත්නම්, කරුණාකර ඔබේ Smile Squad සැපයුම්කරු සමඟ කතා කරන්න.

දෙමාපියන්, නීත්‍යානුකූල භාරකරුවන් හෝ රැකබලා ගන්නන් ශිෂ්‍යයෙකුගේ පරීක්ෂණයකට සහභාගී විය යුතුද?

දෙමාපියන්, නීත්‍යානුකූල භාරකරුවන් හෝ රැකබලා ගන්නන්ට ඔවුන්ට අවශ්‍ය නම් සහභාගී විය හැක, නමුත් මෙය අවශ්‍යතාවයක් නොවේ. ඔබ සහභාගී වීමට කැමති බව අපට දැනුම් දීමට කරුණාකර ශිෂ්‍ය විස්තර පිටුවේ ඇති කොටුව සලකුණු කරන්න.

වැඩි ප්‍රතිකාර අවශ්‍ය නම්, හමුවීමට පැමිණෙන ලෙස අපි දෙමාපියන්ගෙන්, නීත්‍යානුකූල භාරකරුවෙකුගෙන් හෝ රැක බලා ගන්නෙකුගෙන් ඉල්ලා සිටිමු.

ශිෂ්‍යයෙකු මෑතකදී දත්ත ප්‍රතිකාර ලබා ඇත්නම් කුමක් කළ යුතුද?

ශිෂ්‍යයෙකු මෑතකදී දත්ත වෛද්‍ය පරීක්ෂාවක් කර ඇත්නම් ඔවුන්ට නැවත Smile Squad මඟින් සිදුකිරීමටද හැකිය. ඔවුන්ට x-කිරණ සහ වෙනත් වැළැක්වීමේ සේවාවන් අවශ්‍ය නොවනු ඇත.

Smile Squad හට ශිෂ්‍යයෙකුගේ නීත්‍ය දත්ත වෛද්‍ය සැපයුම්කරු බවට පත්විය හැක. අපි සෑම වසරකම ඔබේ පාසලට ඒත්තෙමු - ඒ බොහෝ විට එය අවශ්‍ය සිසුන් වෙනුවෙනි.

Smile Squad සංචාරය අතරතුර සිසුවෙකු පාසලෙන් බැහැරව සිටී නම් කුමක් කළ යුතුද?

ශිෂ්‍යයෙකු පාසලෙන් බැහැරව සිටී නම්, අපි ඔවුන්ව වෙනත් දිනක බලන්නෙමු, නැතහොත් ඔවුන්ට ඔවුන්ගේ ප්‍රාදේශීය ප්‍රජා දත්ත සායනය ඔස්සේ අප හමුවිය හැක.

ඔබේ ළඟම ඇති ප්‍රජා දත්ත සායනය මෙතැනින් සොයා ගන්න: <https://www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search>

ළමා දත්ත ප්‍රතිලාභ කාලසටහන (CDBS)

ළමා දත්ත ප්‍රතිලාභ කාලසටහන (CDBS) යනු කුමක්ද?

ඕස්ට්‍රේලියානු ළමා දත්ත ප්‍රතිලාභ කාලසටහන (CDBS) යනු අවුරුදු 0-17 වයස්වල ළමුන්ට වසර දෙකක කාලයක් තුළ මූලික දත්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා දෙන දත්ත ප්‍රතිලාභ වැඩසටහනකි.

Smile Squad විසින් සුදුසුකම් ලත් සිසුන් සඳහා CDBS භාවිතා කරනු ඇත.

ඔබ මෙම පැකේජයේ ඇති කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ පෝරමයට අත්සන් කළහොත් අපි ඔබ වෙනුවෙන් CDBS සඳහා හිමිකම් පෑමක් කරන්නෙමු.

CDBS හෝ Medicare සඳහා ශිෂ්‍යයෙකු සුදුසුකම් නොලබන්නේ නම් කුමක් කළ යුතුද?

කෙසේ වුවත් සෑම සිසුවෙකුටම නොමිලේ දත්ත ප්‍රතිකාර ලැබේ. රජයේ පාසල්වල සියලුම සිසුන් Smile Squad පරීක්ෂණවලට සුදුසුකම් ලබයි. එහි කිසිදු අමතර රහස් අයකිරීමක් නොමැත.

පුද්ගලිකත්වය

Smile Squad යනු වික්ටෝරියානු රජයේ වැඩසටහනකි. Dental Health Services Victoria (DHSV) මෙම වැඩසටහන ප්‍රජා දත්ත නියෝජිතායතන සමඟ හවුල්කාරිත්වයෙන් සිදු කරයි.

Smile Squad ඔබේ පෞද්ගලිකත්වය ආරක්ෂා කරයි. ඔවුන් ඔබගේ පුද්ගලික සහ සෞඛ්‍ය තොරතුරු රහසිගතව සහ සුරක්ෂිතව තබා ගනු ඇත. Smile Squad විසින් මෙම තොරතුරු ගබඩා කිරීම, නඩත්තු කිරීම සහ භාවිත කිරීම සිදු කරනු ලබන්නේ 2014 පුද්ගලකත්ව සහ දත්ත ආරක්ෂණ පනත සහ 2001 සෞඛ්‍ය වාර්තා පනත මගින් සකසා ඇති ඉහළ ප්‍රමිතීන් සපුරන ආකාරයටයි.

අපි මෙම නීති සහ මාර්ගෝපදේශවලට ගරු කරමු. සියලුම පුද්ගලික සහ සෞඛ්‍ය තොරතුරු රැස් කිරීම, භාවිතා කිරීම, හැසිරවීම සහ විනාශ කරන්නේ කවදාද සහ කෙසේද යන්න ඒවායින් අපට පෙන්වනු ලබයි.

Smile Squad විසින් රැස් කරනු ලබන්නේ අවශ්‍ය පුද්ගලික හා සෞඛ්‍ය තොරතුරු පමණි. Smile Squad හට ඇතැම්විට පරීක්ෂණ වලදී අමතර තොරතුරු රැස්කිරීමට සිදුවනු ඇත. අපි මෙය කරන්නේ හැකි හොඳම සත්කාර සැලැස්මක් ඉදිරිපත් කිරීමටයි.

අපි තොරතුරු රැස් කර එය ශිෂ්‍යයෙකුගේ දත්ත වෛද්‍ය වාර්තාවේ ගබඩා කරන්නෙමු. බලයලත් Smile Squad පුද්ගලයින්ට (DHSV සහ වික්ටෝරියානු ප්‍රජා දත්ත නියෝජිතායතන වලට) මෙයට ප්‍රවේශය ඇත.

අපි මූලිකව ශිෂ්‍යයෙකුගේ පුද්ගලික හා සෞඛ්‍ය දත්ත භාවිතාකිරීම හා බෙදාගනුයේ:

- ශිෂ්‍යයෙකුගේ දත්ත අවශ්‍යතා සොයාගැනීමට, සහ
- ඔවුන්ට දත්ත සෞඛ්‍ය හා ප්‍රතිකාර සිදුකිරීමටයි.

ඇතැම් අවස්ථාවලදී අපි Smile Squad ඇගයීමේ අරමුණු සහ අපගේ සේවාවන් වැඩිදියුණු කිරීම සඳහා දත්ත සහ ප්‍රතිපෝෂණ රැස් කරන්නෙමු. අපි මේ සඳහා ඔබගේ අනන්‍යතාවය නිර්නාමිකව තබමු.

අපි හඳුනාගැනීමේ තොරතුරු සියල්ල එයින් ඉවත් කරන්නෙමු. DHSV, අධ්‍යාපන හා පුහුණු දෙපාර්තමේන්තුව, සහ සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුව වැනි රාජ්‍ය ආයතන අතර නිර්නාමික තොරතුරු බෙදා ගැනීමට අපට අවශ්‍ය වනු ඇත. වික්ටෝරියා හි පාසල්වල සියලුම සිසුන්ගේ මුඛ සෞඛ්‍යය ගැන අපට එකට දැන ගැනීමට හැකි වන පරිදි අපි මෙය කරන්නෙමු.

Smile Squad විසින් අවශ්‍ය නම් හෝ නීතියෙන් අවසර දී ඇත්නම්, වෙනත් තත්වයන් යටතේ ශිෂ්‍යයෙකුගේ සෞඛ්‍ය තොරතුරු භාවිතා කිරීමට හෝ හෙළි කිරීමට හැකිය.

ඔබට Smile Squad සම්බන්ධ කරගැනීමෙන් ඔබේ දත්ත තොරතුරුවලට ප්‍රවේශ විය හැකිය. ඇතැම් අවස්ථාවල, තොරතුරු දැනගැනීමේ නිදහස් (FOI) ක්‍රියාවලිය සුදුසු වනු ඇත. DHSV රහස්‍යතා ප්‍රකාශයේ පිටපතක් DHSV වෙබ් අඩවියේ ඇත: <https://www.dhsv.org.au/privacy>

සමහර අවස්ථා වලදී, Smile Squad විසින් ශිෂ්‍යයෙකුගේ ආරක්ෂාව, සෞඛ්‍ය සහ යහපැවැත්ම සඳහා සහාය වීමට අවශ්‍ය නම් ඔවුන්ගේ පාසල සමඟ තොරතුරු බෙදා ගත හැක. Smile Squad වැඩසටහනට අදාළව පාසල විසින් රැස් කරන හෝ පාසලට ලබෙන ශිෂ්‍යයෙකු පිළිබඳ තොරතුරු පාසලෙන් ලබා ගත හැකි පාසල් පුද්ගලකත්ව ප්‍රතිපත්තියට අනුකූලව භාවිත කර කළමනාකරණය කරනු ලැබේ.

ශිෂ්‍යයෙකුගේ පරීක්ෂණය පැවැත්වෙන කාලයේ ඔහුගේ ආරක්ෂාව, සෞඛ්‍ය සහ යහපැවැත්ම සඳහා සහාය වීමට අවශ්‍ය නම්, ශිෂ්‍යයෙකුගේ පාසල විසින් දැනටමත් පාසල සතුව ඇති තොරතුරු Smile Squad සමඟ බෙදාගත හැකිය.

අයිතීන් හා වගකීම්

ඔබේ සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ අයිතිවාසිකම්වල පිටපතක් සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණයේ ආරක්ෂාව සහ ගුණාත්මකභාවය පිළිබඳ ඕස්ට්‍රේලියානු කොමිසමේ වෙබ් අඩවියෙන් ලබා ගත හැක.

ප්‍රතිපෝෂණය

කරුණාකර ඔබ සිතන්නේ කුමක්ද (හොඳ හෝ නරක) බව, ඕනෑම අවස්ථාවක අපට කියන්න. ඔබට ප්‍රතිපෝෂණය smilesquad@dhsv.org.au වෙත ඊමේල් කළ හැක.

මෙම පිටුව වේනනාන්විතව හිස්ව තබා ඇත

Smile Squad සමඟ සහභාගී වීමට මෙම කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ පෝරමය අත්සන් කරන්න

කායීල භාවිතය සඳහා DR අංකය: _____

පාසලේ නම: _____

ශ්‍රේණිය / පන්තිය: _____
(උදාහරණ 2B)

ශිෂ්‍යයාගේ සම්පූර්ණ නම: _____

ශිෂ්‍යයාගේ උපන් දිනය: ____/____/____

මම _____ හට Smile Squad පාසල් දත්ත සෞඛ්‍ය වැඩසටහනට සහභාගී වීමට කැමැත්ත ලබාදෙමි.
(ශිෂ්‍ය නම)

ශිෂ්‍යයාට පහත සේවාවන් පාසලේ ඉගෙනීම් කාලය තුළ ලබාගත හැකිය:

දත්ත පරීක්ෂණය ඔව් නැත
(පරීක්ෂාව)

සටහන: වෙනත් සේවාවන් සපයනු ලැබීමට පෙර ඔබ දත්ත පරීක්ෂාවකට ඔව් පැවසිය යුතුය

දත්වල x-කිරණ ඔව් නැත

ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ්* ඔව් නැත

ෆිෂර් සීලන්ට් ඔව් නැත

දත් පිරිසිදු කිරීම ඔව් නැත

*ශිෂ්‍යයෙකුට බෑන්ඩ්-ඒඩ්, කොලගෝනි, රෝසින්, කිරි ප්‍රෝටීන් (කේසින්) හෝ දරුණු ඇදුම ඇති නම්, වාර්නිෂ් නිෂ්පාදන සුදුසු නොවිය හැක. කරුණාකර පහතින් අපට දන්වන්න.

අපි ඊළඟ පරම්පරාවේ මුඛ සෞඛ්‍ය වෘත්තිකයන් පුහුණු කරන්නෙමු. සුදුසුකම් ලත් Smile Squad වෛද්‍යවරයෙකුගේ අධීක්ෂණය යටතේ වැඩ කරන දත්ත/මුඛ සෞඛ්‍ය ශිෂ්‍යයෙකු විසින් සිසුන් දැකිය හැකිය.

ශිෂ්‍යයා දත්ත/මුඛ සෞඛ්‍ය ශිෂ්‍යයෙකු විසින් පරීක්ෂා කිරීමට ඔබ කැමැත්ත පළ කරන්නේ ද?
 ඔව් නැත

මම මගේ දැනුමේ හැටියට Smile Squad වෙත සුදුසු සත්කාර සැපයීමට අවශ්‍ය සියලුම අදාළ සෞඛ්‍ය සහ පුද්ගලික තොරතුරු සපයා ඇති බවට මම එකඟ වෙමි.

කැමැත්ත ලබා දීමේ දී, මම මෙම කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීමේ පෝරම සහ Smile Squad තොරතුරු පත්‍රිකාව කියවා ඇති බවට එකඟ වෙමි. පහත කරුණු තේරුම් ගැනීමට මට ප්‍රමාණවත් තොරතුරු තිබේ:

දත්ත වෛද්‍ය සේවා

ප්‍රතිලාභ සහ අවදානම්, සේවා සිදු වන්නේ කොතැනද සහ ඒවා සපයන්නේ කවුරුන්ද යන්න ඇතුළත්ව Smile Squad විසින් පිරිනමනු ලබන දත්ත වෛද්‍ය සේවා වර්ග.

එකවර බිල්පත් සඳහා රෝගීන්ගේ කැමැත්ත

Smile Squad විසින් සපයනු ලබන සේවාවන් වෙනුවෙන් මම ප්‍රතිපූරණය කළ නොහැකි කිසිදු වියදම් සඳහා මුදල් නොගෙවමි

දත්ත වෛද්‍ය සේවා වලින් පසු රැකවරණය

Smile Squad වෛද්‍යවරයෙකු හෝ පාසල් කාර්ය මණ්ඩලය විසින් දත්ත වෛද්‍ය සේවා ලැබීමෙන් පසු පාසැලේදී සිසුවෙකු අසනීප වුවහොත් හෝ පාසැලේදී කළමනාකරණය කළ නොහැකි අමතර රැකවරණයක් අවශ්‍ය නම් දෙමාපියන්, නීත්‍යානුකූල භාරකරුවෙකු හෝ භාරකරුවෙකු සම්බන්ධ කර ගත හැක.

පෞද්ගලිකත්වය

මම මෙම ඇසුරුමේ ඇති රහස්‍යතා තොරතුරු කියවා තේරුම් ගෙන ඇති අතර වැඩසටහන මඟින් ශිෂ්‍ය සෞඛ්‍ය සේවා තොරතුරු කළමනාකරණය කරන්නේ කෙසේදැයි පිළිගනිමි.

මාපිය/භාරකරු/ශිෂ්‍ය* අත්සන: _____

මාපිය/භාරකරු/ශිෂ්‍ය* සම්පූර්ණ නම: _____ දිනය: ____/____/____

* වයස අවුරුදු 18 සහ ඊට වැඩි සිසුන්ට සහ දත්ත වෛද්‍ය සේවාවන් වෙත ප්‍රවේශ වීම සඳහා පරිණත බාල වයස්කරුවන් ලෙස සලකනු ලබන සිසුන්ට තමන්ටම කැමැත්ත ප්‍රකාශ කළ හැකිය. අත්සන් කරන ලද දින සිට මාස 12ක් මෙම කැමැත්ත වලංගු වේ.

එකවර බිල්පත් කිරීම් සඳහා රෝගීන්ගේ කැමැත්ත

Medicare සඳහා අපි ඔබට පහත තොරතුරු ලබා දීමට අවශ්‍යයි. ඔබ CDBS භාවිතා කරන්නේ නම්, මෙම මුදල් ඔබේ CDBS ප්‍රතිලාභ සීමාවෙන් ලබා ගනී:

සේවාව	CDBS තොග-බිල් ගාස්තුව	ඔබ ගෙවන ප්‍රමාණය
දත්ත පරීක්ෂණය (පරීක්ෂාව)	\$54.05	\$ 0.00
දත්වල x-කිරණ (අවශ්‍ය නම්)	X-කිරණ එකක් සඳහා \$31.25	\$ 0.00
ෆිෂර් සීලන්ට් (අවශ්‍ය නම්)	දතකට \$47.25 (උපරිම).	\$ 0.00
දත් පිරිසිදු කිරීම (අවශ්‍ය නම්)	අවශ්‍ය පිරිසිදු කිරීම් මට්ටම අනුව \$92.05 (උපරිම).	\$ 0.00
සියලුම දත් සඳහා ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් යෙදීම (අවශ්‍ය නම්)	එක් යෙදීමකට \$35.45 (මාස 12ක් ඇතුළත යෙදීම් දෙකක් දක්වා)	\$ 0.00

ශිෂ්‍ය තොරතුරු

පාසලේ නම: _____ ශ්‍රේණිය / පන්තිය: _____

(උදාහරණ 2B)

ශිෂ්‍ය තොරතුරු

මුල් නම: _____ වාසගම: _____

ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය: පුරුෂ ස්ත්‍රී වෙනත් උපන් දිනය: ____/____/____

ලිපිනය: _____

උප නගරය: _____ තැපැල් කේතය: _____

මඔබ, මඔබ වෙනුවෙන්ම කැමැත්ත ප්‍රකාශ කරන ශිෂ්‍යයෙක් නම්, කරුණාකර පහත තොරතුරු ඇතුළත් කරන්න:

ජංගම දුරකථන අංකය: _____ ඊමේල්: _____

දෙමාපිය/භාරකරු පිළිබඳ විස්තර

දෙමාපිය/භාරකරු පිළිබඳ අමතර විස්තර

(අනිවාර්ය නොවේ)

මුල් නම: _____ මුල් නම: _____

වාසගම: _____ වාසගම: _____

ශිෂ්‍යයාට ඇති සබඳතාව: _____ ශිෂ්‍යයාට ඇති සබඳතාව: _____

ජංගම දුරකථන අංකය: _____ ජංගම දුරකථන අංකය: _____

ඊමේල්: _____ ඊමේල්: _____

මම දෙමාපියෙක් හෝ භාරකරුවෙකු වන අතර මගේ දරුවාගේ හමුවීමට සහභාගී වීමට කැමැත්තෙමි

ශිෂ්‍යයා ආදිවාසී ද නැතිනම් ටොරස් දූපත් වැසියෙක් ද?

ශිෂ්‍යයා රැකවරණ පතන්නෙක් ද නැතහොත් සරණාගතයෙක්ද?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> නැත, ආදිවාසී හෝ ටොරස් දූපත් වැසියෙක් නොවේ | <input type="checkbox"/> නැත, රැකවරණ පතන්නෙකු හෝ සරණාගතයෙකු නොවේ |
| <input type="checkbox"/> ආදිවාසී | <input type="checkbox"/> සරණාගත |
| <input type="checkbox"/> ටොරස් දූපත් වැසියා | <input type="checkbox"/> රැකවරණ පතන්නෙකු |
| <input type="checkbox"/> ආදිවාසී සහ ටොරස් දූපත් වැසියෙක් | <input type="checkbox"/> නොපැවසීමට කැමැත්තෙමි |
| <input type="checkbox"/> නොපැවසීමට කැමැත්තෙමි | |

ශිෂ්‍යයාට Medicare කාඩ්පතක් නොමැති නම්, කරුණාකර මෙම කොටස හිස්ව තබන්න.

Medicare කාඩ්පත් අංකය:

තනි යොමු අංකය:

කල් ඉකුත් වන දිනය: /



පරිවර්තකයෙකු අවශ්‍යද? ඔව් නැත

කැමති භාෂාව: _____

ශිෂ්‍යයා මිස්ට්‍රියාවේ ඉපදුණු කෙනෙක්ද? ඔව් නැත, ඔවුන් ඉපදුණේ කුමන රටේද? _____

Medicare යටතේ වියදම් ඉල්ලා සිටීමට Smile Squad හට ඉඩ ලබා දීම සඳහා එකවර බිල්පත් කිරීම් සඳහා රෝගීන්ගේ කැමැත්ත පෝරමය අත්සන් කරන්න



Australian Government
Department of Health

ළමා දත්ත ප්‍රතිලාභ කාලසටහන එකවර බිල්පත් කිරීම් සඳහා රෝගීන්ගේ කැමැත්ත

මම, රෝගියා/නීත්‍යානුකූල භාරකරු ලෙස, මට පහත කරුණු දන්වා ඇති බව සහතික කරමි:

- ළමා දත්ත ප්‍රතිලාභ උපලේඛනය යටතේ මෙම දිනයේ සිට සිදු කර ඇති හෝ ලබා දීමට නියමිත ප්‍රතිකාර;
- මෙම ප්‍රතිකාරය සඳහා විය හැකි පිරිවැය පිළිබඳව; හා
- ළමා දත්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිලාභ උපලේඛනය යටතේ සේවා සඳහා මා විසින් එකවර බිල්පත් කරනු ලබන අතර ප්‍රතිලාභ සීමාව යටතේ ප්‍රමාණවත් අරමුදල් තිබේ නම්, මෙම සේවාවන් සඳහා අමතර වියදම් නොගෙවමි.

මට / රෝගියාට ප්‍රවේශය ඇත්තේ ප්‍රතිලාභ සීමාව දක්වා පමණක් බව මට තේරුම් ගත්තෙමි.

සමහර සේවා සඳහා ප්‍රතිලාභවලට සීමාවන් තිබිය හැකි බවත් ළමා දත්ත ප්‍රතිලාභ කාලසටහන සීමිත සේවා පරාසයක් ආවරණය කරන බවත් මම තේරුම් ගත්තෙමි.. ළමා දත්ත ප්‍රතිලාභ උපලේඛනයෙන් ආවරණය නොවන ඕනෑම සේවාවක පිරිවැය පුද්ගලිකව සපුරාලීමට මට අවශ්‍ය බව මම තේරුම් ගත්තෙමි.

සේවාවල පිරිවැය පවතින ප්‍රතිලාභ සීමාව අඩු කරන බවත් ප්‍රතිලාභ අවසන් වූ පසු ඕනෑම අමතර සේවාවක පිරිවැය පුද්ගලිකව සපුරාලීමට මට සිදුව වන බවත් මම තේරුම් ගත්තෙමි..

_____ රෝගියාගේ Medicare අංකය

_____ රෝගියා / නීත්‍යානුකූල භාරකරුගේ අත්සන

_____ රෝගියාගේ සම්පූර්ණ නම

_____ අත්සන් කරන පුද්ගලයාගේ සම්පූර්ණ නම (රෝගියා නොවේ නම්)

_____ දිනය

මෙම පෝරමය එය අත්සන් කර ඇති කැලැන්ඩර වර්ෂයේ දෙසැම්බර් 31 දක්වා වලංගු වේ.

වෛද්‍ය ප්රශ්නාවලිය

ශිෂ්‍යයාගේ සම්පූර්ණ නම: _____

උපන් දිනය: ___/___/___

ශිෂ්‍යයෙකුගේ දත්ත සොයාගැනීමට හෝ අප සපයන දත්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාරවලට බලපෑම් කළ හැකි බැවින් අපි මෙම වෛද්‍ය තත්ත්වයන් ගැන විමසමු. මෙම ප්‍රශ්නාවලිය සමහරක් ඉතා පෞද්ගලික ඒවා බව අපට වැටහේ. කරුණාකර ඔබේ උපරිම දැනුවත්භාවයෙන් තොරවුරු සපයන්න.

මම ලිවීමට අකමැති පුද්ගලික තොරතුරු මට ඇත. මම මේ ගැන Smile Squad කාර්ය මණ්ඩල සාමාජිකයෙකු සමඟ රහසිගතව කතා කිරීමට කැමැත්තෙමි. මෙය අදාළ වන්නේ නම් අදාළ කොටුවට සලකුණු කරන්න

මෙම ශිෂ්‍යයාට අසාත්මිකතා තිබේද?

මෙයට ආහාර, ඖෂධ, සහ/හෝ නිෂ්පාදන ඇතුළත් වේ. උදා. රබර් කිරි, බැන්ඩ්-ඒඩ්, කොලගෙණි, රෝසින්, කිරි ප්‍රෝටීන් (කේසීන්)

ඔව් නැත

ඔව් නම්, කරුණාකර විස්තර සපයන්න:

පසුගිය මාස හය තුළ දැඩි ඇදුම රෝගයකට සිසුවා රෝහල් ගත කර තිබේද?

ඔව් නැත

ඔව් නම්, කරුණාකර විස්තර සපයන්න:

මෙම ශිෂ්‍යයා දැනට යම් ඖෂධයක් ගන්නවාද?

මෙයට ඇදුම සඳහා ඉන්හේලර්/පෆර් භාවිතා කිරීම ද ඇතුළත් වේ

ඔව් නැත

ඔව් නම්, කරුණාකර විස්තර සපයන්න:

මෙම ශිෂ්‍යයාට ප්‍රතිකාර ලබා දීමේදී අප විසින් සලකා බැලිය යුතු තත්ත්වයන් හෝ ආබාධ තිබේද?

උදා. ශාරීරික ආබාධය (රෝද පුටු ප්රවේශය අවශ්ය වීම ඇතුළුව); ඉන්ද්‍රිය හෝ බුද්ධිමය ආබාධ; මානසික සෞඛ්‍ය හෝ මානසික තත්ත්වය

ඔව් නැත

ඔව් නම්, කරුණාකර විස්තර සපයන්න:

වෛද්‍ය ප්‍රශ්නාවලිය

ශිෂ්‍යයාගේ සම්පූර්ණ නම: _____

උපන් දිනය: ___/___/___

ශිෂ්‍යයාට කවදා හෝ පහත සඳහන් තත්ත්වයක් තිබී ඇත්නම් කරුණාකර ලකුණු කරන්න:

ශ්වසන රෝගය ඔව් නැත

උදා. ඇදුම, පෙනහළු රෝග, ක්ෂය රෝගය

හෘද තත්ත්වය හෝ හෘදයේ ශබ්ද ඇතිවීම ඔව් නැත

හදවත් සැත්කම් ඔව් නැත

උදා. කෘතිම හෘද කපාටය, පේස්මේකර්

රුමැටික් උණ ඔව් නැත

අඩු හෝ අධි රුධිර පීඩනය ඔව් නැත

රසායනික විකිත්සාව හෝ විකිරණ විකිත්සාව ඇතුළුව පිළිකා සඳහා ඔව් නැත

ප්‍රතිකාර කිරීම

අධික රුධිර වහනය හෝ රුධිර ආබාධ ඔව් නැත

වෙනත් සැත්කම් ඔව් නැත

උදා. බද්ධ කිරීම, කෘතිම සන්ධිය

හිස, බෙල්ල හෝ කොඳු ඇට පෙළට තුවාල වීම ඔව් නැත

ඇඟ ගැසීම් හෝ අපස්මාරය ඔව් නැත

නිදන්ගත රෝග තත්ත්වය ඔව් නැත

උදා. ආසානය, ආතරයිටිස්

දියවැඩියාව ඔව් නැත

කුමන වර්ගයද? _____

වකුගඩු රෝගය ඔව් නැත

අක්මා රෝගය ඔව් නැත

හියුමන් පැපිලෝමා වයිරස (HPV) එන්නත (ජාතික ප්‍රතිශක්තිකරණ ඔව් නැත අදාල නොවේ

වැඩසටහනේ කොටසක් ලෙස 7 වසර සිසුන් සඳහා ලබා දෙනු ලැබේ)

මෙම ශිෂ්‍යයා ගැබ්ගෙන හෝ ගැබ්ගෙන සිටීමට ඉඩක් තිබේද? ඔව් නැත අදාල නොවේ

මෙම ශිෂ්‍යයා දුම්කොළ නිෂ්පාදන (දුම් පානය) භාවිතා කරන්නේද? ඔව් නැත අදාල නොවේ

මෙම ශිෂ්‍යයා විද්‍යුත් සිගරට් (vaping) භාවිතා කරන්නේද? ඔව් නැත අදාල නොවේ

මෙම ශිෂ්‍යයා මත්පැන් පානය කරනවාද? ඔව් නැත අදාල නොවේ

ඔබ ඉහත සඳහන් යම් දෙයකට ඔව් සලකුණු කර ඇත්නම්, කරුණාකර වැඩිදුර විස්තර ලබා දෙන්න: _____

මුඛ සෞඛ්‍ය ප්‍රශ්නාවලිය - 1 කොටස

ශිෂ්‍යයාගේ සම්පූර්ණ නම: _____

උපන් දිනය: ____/____/____

මෙම ප්‍රශ්නාවලියට ඔබ සපයන පිළිතුරු, ඔබ ගැන අදාළ වන මුඛයේ කිසියම් අංගයක් තිබේද යන්න තේරුම් ගැනීමට Smile Squad හට උපකාර කරයි. එය ඔබට වඩාත්ම වැදගත් දේවල් කෙරෙහි අවධානය යොමු කිරීමට අපට උපකාර වනු ඇත.

මෙම ශිෂ්‍යයාට පහත තත්වයක් ඇති බවට ඔබ සැලකිලිමත් ද...

ඔවුන්ගේ මුඛයේ වේදනාවක් තිබේද? (උදා: දත්වල ගැටලුවක් නිසා නිදාගැනීමේ අපහසුව) ඔව් නැත

ඔවුන්ගේ දත් හෝ මුඛයේ ගැටලුවක් නිසා කෑමට හෝ බීමට අපහසු වේද? ඔව් නැත

ඔවුන්ගේ දත් හෝ මුඛයේ ගැටලුවක් නිසා පැහැදිලිව කතා කිරීමේ ගැටලුවක් තිබේද? ඔව් නැත

ඔවුන්ගේ දත් හෝ මුඛයේ ගැටලුවක් නිසා පාසල හෝ වෙනත් ක්‍රියාකාරකම් මඟ හැරී තිබේද? ඔව් නැත

අනෙකුත් සිසුන් සමඟ සිටින විට තම දත් හෝ මුඛයේ ගැටලුවක් නිසා ඔවුන් ඉදිරියේ මඳ ලෙස සිනහ වීම, සිනහ වීම හෝ දත් පෙන්වීම සිදු කරන්නේ නැති ද? ඔව් නැත

ඔවුන්ගේ දත් හෝ මුඛයේ වෙනත් ගැටළු තිබේද? ඔව් නැත

ඔබ ඉහත සඳහන් යම් දෙයකට ඔව් සලකුණු කර ඇත්නම්, කරුණාකර වැඩිදුර විස්තර ලබා දෙන්න:

මෙම ප්‍රශ්නාවලියට ඔබේ පිළිතුරු සෑම සිසුවෙකුගේම දත්ත අත්දැකීම් තේරුම් ගැනීමට අපට උපකාර කරයි.

සිසුවාගේ දත් මීට පෙර පරීක්ෂා කර තිබේද? ඔව් - පුද්ගලික දත්ත සායනය නැත
 ඔව් - පොදු/පුජා දත්ත සායනය
 ඔව් - වෙනත් / විශ්වාස නැත
 අවසන් වරට පැමිණි දිනය, දන්නේ නම්:
 ____/____/____

ශිෂ්‍යයා දැනට දත්ත වෛද්‍යවරයෙකුගේ රැකවරණය යටතේ සිටීද? උදා. විකලාංග විශේෂඥයා ඔව් ඔබගේ දත්ත විශේෂඥයාගේ නම සහ ලිපිනය: _____ නැත

අප දැනගත යුතු පෙර දත්ත වෛද්‍ය පැමිණීම අතරතුර හෝ පසුව ශිෂ්‍යයාට කිසියම් බියක් හෝ සංවේදීතාවයක් හෝ සාණාත්මක අත්දැකීම් තිබේද? ඔව් කරුණාකර විස්තර සඳහන් කරන්න: _____ නැත
 _____ මට විශ්වාසයක් නැත

නව තත්වයන්ට වඩා හොඳින් මුහුණ දීමට ඔබට කිසියම් උපාය මාර්ගයක් හෝ ආධාරකයක් තිබේද? උදා. පරියතම සෙල්ලම් බඩු, iPhone යෙදුම, පොත ඔව් කරුණාකර විස්තර සඳහන් කරන්න: _____ නැත
 _____ මට විශ්වාසයක් නැත

අපි ශිෂ්‍යයාගේ දත් සහ මුඛය පරීක්ෂා කිරීමට පෙර අප දැන ගැනීමට ඔබ කැමති වෙනත් යමක් තිබේද? ඔව් කරුණාකර විස්තර සඳහන් කරන්න: _____ නැත

පසුගිය මාස හය තුළ, පහත සඳහන් හේතූන් අතරින් යම් හේතුවක් නිසාවෙන් ශිෂ්‍යයා දත්ත වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීම නතර කර තිබේද? ළඟම දත්ත සායනයට ඇති දුර නැත
 පිරිවැය
 වෙනත් හේතුව - කරුණාකර විස්තර දෙන්න: _____

මුඛ සෞඛ්‍ය ප්‍රශ්නාවලිය - 2 කොටස

ශිෂ්‍යයාගේ සම්පූර්ණ නම: _____

උපන් දිනය: ____/____/____

දත් පරීක්ෂා කිරීම මෙන්ම, අනාගතයේදී ශිෂ්‍යයෙකුට දත් දිරායාමට ඉඩ තිබේද යන්න Smile Squad හට පරීක්ෂා කළ හැක. අපි මෙය කරන්නේ ශිෂ්‍යයෙකුගේ වර්තමාන මුඛ සෞඛ්‍යය, පෙර පැවති ඕනෑම ප්‍රතිකාරයක් සහ ඔවුන්ගේ ආහාර, බීම සහ දත්මැදීමේ පුරුදු දෙස බැලීමෙනි. මෙම ප්‍රශ්නාවලියට ඔබ ලබා දෙන පිළිතුරු අනාගතයේදී දත් නිරෝගීව තබා ගැනීමට හොඳම සැලැස්ම සකස් කිරීමට අපට උදවු කරයි.

පසුගිය වසර තුළ තුළ දත් දිරායාම හේතුවෙන් ශිෂ්‍යයාගේ යම් දතක් පිරවීම හෝ ගැලවීම සිදු කර තිබේ ද? ඔව් නැත මට විශ්වාසයක් නැත ඔව් නම්, කරුණාකර විස්තර සඳහන් කරන්න: _____

ශිෂ්‍යයා තම මුඛයේ උපකරණයක් පැළඳ සිටීද? උදා. විකලාංග තහඩුව, රඳවනය, රාත්‍රී ආරක්ෂකය, දත්ත ආරක්ෂකය හෝ මුඛ ආරක්ෂකය ඔව් නැත මට විශ්වාසයක් නැත ඔව් නම්, කරුණාකර විස්තර සඳහන් කරන්න: _____

ශිෂ්‍යයා ක්‍රීඩාකරන්නේ ද? ඔව් නැත මට විශ්වාසයක් නැත ඔව් නම්, කරුණාකර විස්තර සඳහන් කරන්න: _____

ශිෂ්‍යයා ආහාර වේලේ අතර කොපමණ වාරයක් සීනි සහිත කෙටි ආහාර අනුභව කරනවාද? දිනකට තුන් වතාවක් හෝ වැඩි ගණනක් දිනකට වරක් හෝ දෙවරක් සතියකට කිහිප වතාවක් කවදාවත් නැති තරම්

ශිෂ්‍යයා කොපමණ වාරයක් පළතුරු යුෂ හෝ සීනි මිශ්‍ර කළ බීම පානය කරන්නේද? දිනකට තුන් වතාවක් හෝ වැඩි ගණනක් දිනකට වරක් හෝ දෙවරක් සතියකට කිහිප වතාවක් කවදාවත් නැති තරම්

සිසුවා නිවසේදී පානය කරන්නේ කුමන ආකාරයේ ජලයද? ටැප් වතුර (පෙරහන් නොකළ) බෝතල් කළ වැසි ජල ටැංකිය හෝ හැරූ ළිඳ වෙනත් (උදා: පෙරූ ජලය)

ශිෂ්‍යයා කොපමණ වාරයක් දන්තාලේපයකින් දත් මදිනවාද? දිනකට වරක් (උදෑසන) දිනකට වරක් (සවස) දිනකට දෙවරක් දිනකට එක් වතාවකට වඩා අඩුය දිනකට දෙවරකට වඩා වැඩියෙන්

සිසුවා නිවසේදී භාවිත කරන්නේ කුමන ආකාරයේ දන්තාලේපයක් ද? සම්මත ෆ්ලූරයිඩ් දන්තාලේප ෆ්ලූරයිඩ් නොවන දන්තාලේප ළමා ෆ්ලූරයිඩ් දන්තාලේප දන්නේ නැහැ / විශ්වාස නැහැ

දත් මැදීමෙන් පසු ශිෂ්‍යයා සාමාන්‍යයෙන් කරන්නේ කුමක්ද? දන්තාලේපය කෙළ ගැසීම මුඛයේ කැළඹීමෙන් පසු කෙළ ගැසීම දන්තාලේපය ගිල දැමීම මුඛයේ කළඹා ගිල දැමීම

පසුගිය මාස හය තුළ ශිෂ්‍යයාගේ දත්ත සායනයකදී දත්වලට ෆ්ලූරයිඩ් යොදවා තිබේද? ඔව් නැත මට විශ්වාසයක් නැත ඔව් නම්, කරුණාකර විස්තර සඳහන් කරන්න: _____

ශිෂ්‍යයා සිටින එකම නිවසේ ජීවත් වන ඕනෑම පවුලේ සාමාජිකයෙකුට හෝ පුද්ගලයෙකුට ඔවුන්ගේ දත් සහ/හෝ විදුරුමස් සම්බන්ධයෙන් සැලකිය යුතු ගැටළු තිබේද? ඔව් නැත මට විශ්වාසයක් නැත

දෙමාපියන් හෝ වෙනත් වැඩිහිටියෙක් ශිෂ්‍යයාට දත් මදිනන උදව් කරනවාද? ඔව් නැත අදාළ නැත

ඉහත ප්‍රශ්නයට ඔව් නම්, කුමන ආකාරයේ උපකාරයක් ලබා දෙන්නේද? බුරුසුව මත දන්තාලේප දමා ඔවුන්ගේ දත් මැදීම බුරුසුව මත දන්තාලේප දැමීම නිරීක්ෂණය කර උපදෙස් දීම පමණක් Other (please provide detail): _____

කායීල භාවිතය සඳහා	<input type="checkbox"/> සම්පූර්ණයි	දිනය: / /	මුල් අකුරු
	<input type="checkbox"/> පසු විපරම් සෙවීම	දිනය: / /	මුල් අකුරු

මෙම දත්ත වෛද්‍ය සේවා ලෙස අදහස් කරන්නේ කුමක්ද?

Smile Squad විසින් සේවා සපයනු ලබන්නේ ශිෂ්‍යයෙකුට ඔවුන්ගෙන් ප්‍රතිලාභ ලැබෙන්නේ නම් පමණි.

දත්ත පරීක්ෂණය (පරීක්ෂාව)

දත්ත පරීක්ෂාවකට දත්, විදුරුමස්, හකු සහ මුඛය පරීක්ෂා කිරීම ඇතුළත් වේ.

ජර්නලාභ: ප්‍රශ්න ඉක්මනින් සොයා ගැනීමට ඇති හොඳම ක්‍රමය පරීක්ෂා කිරීමයි. සිදුවන්නේ කුමක්ද යන්න දැනගත් පසු, අපට පසු විපරම් රැකවරණ හෝ ප්‍රතිකාර සඳහා සැලසුම් කළ හැක.

පරීක්ෂාවකින් තොරව: අපට ගැටළු හඳුනා ගත නොහැක. ප්‍රතිකාර නොකළහොත් ගැටළු වඩාත් උග්‍ර විය හැකිය.

අවදානම්: විය හැකි අවදානම් නොමැත.

දත්වල x-කිරණ

x-කිරණ යන්ත්‍රයක් මගින් ශරීරයේ අභ්‍යන්තරයේ සිදුවන දේ පිළිබඳ පින්තූරයක් නිර්මාණය කිරීමට විකිරණ භාවිතා කරයි.

අපි මුඛය තුළට දමන කුඩා පටලයක් භාවිතයෙන් දත් x-කිරණ ලබා ගනිමු. අපි සාමාන්‍යයෙන් x-කිරණ දෙකක් ගන්නවා - එක් පැත්තකට එකක් බැගින්, නමුත් සමහර විට අපි යම් ප්‍රදේශයක් වඩාත් සමීපව බැලීමට වැඩිපුර ගත හැක.

ජර්නලාභ: දත්ත x-කිරණ මගින් පියවි ඇසට නොපෙනෙන දත් පිළිබඳ තොරතුරු අපට ලබා දේ. X-කිරණ මගින් කිරි දත්වලට යටත් ඇති වැඩිහිටි දත් දිරාපත්වීම, ආසාදන හෝ ගැටළු සොයා ගත හැක. මෙය අපට ප්‍රතිකාර සැලසුම් කිරීමට උපකාරී වේ.

X-කිරණ නොමැතිව: අපි ඒවා ගැන දැන සිටියහොත් විසඳිය හැකි ගැටළු සොයා ගැනීම අපට මග හැරිය හැක.

අවදානම්: දත්ත x-කිරණ ඉතා ආරක්ෂිතයි. සාමාන්‍යයෙන් අප ගන්නා x-කිරණවල විකිරණ ගුවන් යානයක විකිරණ ප්‍රමාණයට වඩා අඩුය.

ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් යෙදීම

ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් යනු වැළැක්වීමේ ප්‍රතිකාරයකි.

ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් දත් මත යෙදීම ඉතා පහසු වන අතර සාමාන්‍යයෙන් මිනිත්තු කිහිපයක් ගතවේ. අපි කුඩා බුරුසුවක් හෝ කපු බඩි එකකින් දත් මත වාර්නිෂ් තීන්ත ආලේප කරමු. වාර්නිෂ් පැය ගණනක් දත් වලට ඇලී තිබිය හැකිය. දත් මත ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් ඉවත්ව යන තෙක් ඔබට දැක ගත හැකිය.

ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් අවම වශයෙන් වසරකට දෙවරක් යෙදවෙන්නේ වඩාත් හොඳින් ක්‍රියා කරයි. අවශ්‍ය නම්, අපි ශිෂ්‍යයෙකුගේ මුඛ සෞඛ්‍යය පරීක්ෂා කර ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් යෙදීමට මාස හයකින් ආපසු එන්නෙමු.

ජර්නලාභ: ෆ්ලෝරයිඩ් යනු ශක්තිමත් දත් සෑදීමට සහ දත් දිරායාම වැළැක්වීමට උපකාරී වන පොදු බනිජයකි. ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් ආරම්භයේ සිට දිරාපත් වීම නතර කළ හැකිය. එයට දිරාපත් වීමේ වේගය අඩු කිරීමට ද හැකිය. ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් භාවිතා කිරීමෙන් අනාගතයේදී දත් දිරායාම වළක්වා ගත හැකිය.

අපි ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් භාවිතා නොකරන්නේ නම්: දත් දිරාපත් වීමට වැඩි ඉඩක් ඇති අතර අනාගතයේදී පිරවුම් වැනි ප්‍රතිකාර අවශ්‍ය වේ.

අවදානම්: දුර්ලභ වුවද, සමහර අයට ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් වල සංඝටකයකට ආසාත්මිකතා ඇතිවේ. **බැන්ඩ්-ඒඩ්ස්, රෝසින්, කොලෝනි හෝ කිරි ප්‍රෝටීන් (කේසින්) වලට අසාත්මිකතා ඇති සිසුන්ට ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් යෙදීමට නොහැකි විය හැක. දරුණු ඇදුම සහිත සිසුන් ෆ්ලෝරයිඩ් වාර්නිෂ් වලින් ද වැළකී සිටිය යුතුය.**

ෆිෂර් සීලන්ට්

සීලන්ට් යනු දත්වල කටට (ඉරිතැලීම) මත යොදන විශේෂ ආලේපනයකි.

සීලන්ට් සාමාන්‍යයෙන් ස්ථීර ආදේශිත දත් වල කටට වල තැන්පත් කර ඇත. සීලන්ට් යෙදීම සඳහා, අපි දත් මතුපිට පිරිසිදු කර සීලන්ට් සකස් කරන තෙක් එය වියළිව තබමු.

ජර්නලාභ: සීලන්ට් දත් වල කටට ආවරණය කරන අතර ආහාර හා විෂබීජ හිරවීම වළක්වයි. මෙමගින් වලවල් වල දිරාපත්වීම ආරම්භ වීම වලක්වයි.

සමහර සීලන්ට් ද්‍රව්‍යවල ෆ්ලෝරයිඩ් අඩංගු වේ. කුඩා දිරාපත්වීම් ඇති දත්වල දිරාපත්වීම විශාල වීම නැවැත්වීමට අපට මෙය භාවිතා කළ හැකිය.

ෆිෂර් සීලන්ට් නොමැතිව: දත් වල වලවල් වල දිරාපත් වීම සිදුවිය හැක. මෙයින් අදහස් කරන්නේ පසුව පිරවුම් අවශ්‍ය වන බවයි. සිසුන්ට ඔවුන්ගේ දත් ඉතා හොඳින් පිරිසිදු කිරීමට නොහැකි වූ විට සහ සීනි සහිත පාන වර්ග සහ ආහාර ගැනීමෙන් දිරාපත් වීමට ඉඩ ඇත.

අවදානම්: දුර්ලභ අවස්ථාවන්හිදී, සමහර පුද්ගලයින්ට ෆිෂර් සීලන්ට් ද්‍රව්‍ය සඳහා අසාත්මිකතා ඇති විය හැක.

දත් පිරිසිදු කිරීම

දත්මැදීමෙන් කැල්කියුලස් (තද කොටස්) හෝ තද පැල්ලම් ඉවත් කළ නොහැකි විට දත් අමතර පිරිසිදු කිරීමක් අවශ්‍ය විය හැකිය.

කම්පන උපකරණ සමඟ අපට කැල්කියුලස් ඉවත් කළ හැකිය. විශේෂ වීදුලි දත් බුරුසුවක් සහ ඔප දැමීමේ ජෙස්ට් සමඟ දැඩි පැල්ලම් ඉවත් කළ හැකිය.

ජර්නලාභ: කැල්කියුලස් යනු දත් මත දැඩි වී ඇති තද කොටස් ය. එය සාමාන්‍යයෙන් විදුරුමස් අසල ඇති වන අතර විදුරුමස්වලට හානි සිදුකළ හැකිය. ප්‍රතිකාර නොකළහොත් විදුරුමස් රෝග ඇති විය හැක.

පිරිසිදු කිරීමකින් තොරව: කැල්කියුලස් නිසාවෙන් විශබීජ රැඳීමට ඉඩ ඇති රළු මතුපිටක් ඇතිකිරීමට ඉඩ ඇත. මෙය නිවසේ දත් පිරිසිදුව තබා ගැනීම වඩාත් අපහසු විය හැකිය. කැල්කියුලස් ඉවත් නොකිරීම හේතුවෙන් විදුරුමස් රෝග ඇති විය හැක.

අවදානම්: විය හැකි අවදානම් නොමැත.

පසු ජර්නලාභ

ශිෂ්‍යයෙකුට ඔවුන්ගේ සත්කාර සැලැස්මේ කොටසක් ලෙස අමතර පසු ප්‍රතිකාර අවශ්‍ය නම්, Smile Squad මෙය සාකච්ඡා කර දැනුවත් කැමැත්ත ලබා ගනී.