



筲箕灣官立中學
SHAU KEI WAN GOVERNMENT SECONDARY SCHOOL

2017/18 年度學校通告第 337 號

各中一家長：

有關通過口腔教育活動促進香港青少年口腔健康行為的成效項目

本校應香港大學牙醫學院菲臘牙科醫院的邀請，參加一項有關通過口腔教育活動促進香港青少年口腔健康行為的成效項目，活動內容詳見附件一(項目資料單張)。首次檢查將於 2018/19 學年 9 月 4 日及 5 日於校內舉行。請學生於 6 月 27 日或之前將回條交回班主任，而有興趣參加的學生須一併遞交已填妥之附件二(參與者知情同意書)。



校長 李德輝

2018 年 6 月 25 日

學校通告第 337 號回條
(填妥回條後請於 6 月 27 日或之前交回班主任)

COPY

李校長：

本人為中一級_____班_____ () 同學之家長，現已收到學校第 337 號通告有關通過口腔教育活動促進香港青少年口腔健康行為的成效項目，並已知悉其中內容。

本人將* 會 不會 參加有關通過口腔教育活動促進香港青少年口腔健康行為的成效項目

*在適當位置加✓

家長簽署：_____

家長姓名：_____

2018 年 6 月 日

Faculty of Dentistry
The University of Hong Kong
Prince Philip Dental Hospital
34 Hospital Road
Hong Kong



香港大學牙醫學院
菲臘牙科醫院
醫院道 34 號
香港

項目資料單張

致 貴家長：

有關通過口腔教育活動促進香港青少年口腔健康行為的成效項目

研究人員：王海明臨床副教授、曹望楠博士、向碧璐牙科醫生、Professor Colman McGrath

青少年時期是成長發育的重要階段，無論在整體身體發展及口腔牙齒健康上，都有一定的變化。由於本港衛生署學童牙科保健服務的對象僅為小學生，以致大多數學童在升讀中學後便忽略定期牙科檢查的重要性。口腔健康欠佳不但會影響儀容，更有可能引起牙齦炎及蛀牙等嚴重問題出現。

我們現誠意邀請 貴子女參與一項香港大學牙醫學院的口腔教育及檢查項目，這項目將會於二零一八年八月至二零二零年十二月期間在香港多間中學內進行。在 閣下決定參加項目前，請細閱這資料單張，了解這項目的目的和內容。若 閣下有任何查詢或疑問，我們會很樂意為您解答。

現向 閣下簡介此項活動如下：

活動目的：通過校內舉行推廣教育活動，鼓勵構建健康的口腔習慣；並藉齒科檢查及問卷調查結果以評估此項目對促進香港青少年口腔健康行為的成效。

- 活動內容：**
- 1) 在校內進行的口腔健康教育活動；
 - 2) 本院會為 貴子女提供兩次免費的常規齒科檢查（所有齒科檢查將由專業牙醫在校內進行，過程不會超過十分鐘）；
 - 3) 本院會邀請 貴子女填寫有關口腔保健行為的常規問卷調查（回答整份問卷需時不多於十五分鐘；而問卷調查部分會先後進行三次）

此項目涉及的所有檢查不會為 貴子女帶來任何不舒服，風險或是傷害。在完成所有齒科檢查與問卷後，我們將會給予 貴子女一份關於他/她的齒科檢查報告以及牙齒清潔套裝，並很樂意提供關於口腔疾病預防與治療的專業建議；同時，貴子女亦會獲得本院發出的參與嘉許證書，藉以鼓勵及感謝 閣下及 貴子女的積極參與。

參與上述項目為自願性質，參與與否，純屬閣下的個人決定。若閣下決定參與，請保留此資料單張，並請閣下簽署一份同意書並交回學校，以表明閣下願意參與本項目。如果閣下決定參與這項目，當之後又想改變主意，閣下和 貴子女可以在任何時候退出，並無需提供任何理由。退出項目是不會對 貴子女有任何影響。

本項目不包含任何後續臨床治療。閣下與 貴子女的個人資料及所提供的答案將只作研究用途。所有資料將會保密，閣下和 貴子女也不會從發表的報告中被識別。

此項目已被香港大學及醫院管理局港島西醫院聯網研究倫理委員會審查，並由香港大學牙醫學院負責完成。若閣下對此項目有任何問題或意見，歡迎您於辦公時間內，致電 2859 0357 與本院楊小姐聯絡。

我們衷心感謝閣下與 貴子女的參與！

二零一八年五月二日

Faculty of Dentistry
The University of Hong Kong
Prince Philip Dental Hospital
34 Hospital Road
Hong Kong



附件二

香港大學牙醫學院
菲臘牙科醫院
醫院道 34 號
香港

參與者知情同意書

有關通過口腔教育活動促進香港青少年口腔健康行為的成效項目

研究人員：王海明臨床副教授、曹望楠博士、向碧璠牙科醫生、Professor Colman McGrath

1. 我確認我已閱讀和理解關於上述項目於 2018 年 5 月 2 日準備的項目資料單張，並有提出疑問的機會。
2. 我了解參與上述研究完全是自願的。我和我的子女能在任何時候退出，不必提供任何理由。退出上述項目，不會影響到我子女的齒科治療獲法律權益。
3. 我了解我的子女與上述項目有關的任何醫療記錄會予香港大學及醫管局港島西醫院聯網研究倫理委員會負責人查閱。為了監督該項研究，我同意這些人士使用我子女的醫療記錄。
4. 我同意參與上述的項目。
5. 我同意讓我的子女-- _____, 參與上述的項目。

子女姓名

簽名

日期

家長/法定監護人姓名

簽名

日期

王海明醫生
兒童齒科臨床副教授

研究人員姓名

簽名

17 MAY 2018

日期