



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MERSİN TOPLUM
SAĞLIĞI VE GÖÇ SAĞLIĞI BİRİMİ
20.09.2018 18:19 - 65355327 - 199 - E.728



Sayı : 65355327-199
Konu : Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı
Çalışmaları

MERSİN İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE

2018-2019 Eğitim Öğretim yılında ilimiz anasınıfı, 1. sınıf, 2. sınıf, 3. sınıf ve 4. sınıf öğrencilerine yılda iki kez florürlü vernik uygulaması ve ağız ve diş sağlığı taraması, öğretmenlere, ebeveynlere ve öğrencilere yönelik ağız ve diş sağlığı farkındalık eğitimlerinin yapılması planlanmıştır.

Ön hazırlık kapsamında, İl Müdürlüğüne bağlı devlet ve özel okullardaki tüm anasınıfı (yaş gruplarına göre) ve 1,2,3 ve 4. sınıf öğrencilerinin ilçe ve okul bazındaki sayılarının ivedilikle Müdürlüğüme gönderilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Sinan BAHÇACI
Vali a.
İl Sağlık Müdürü

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır.
21.09.2018
Yasin İMAMOĞLU

Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Toplum Sağlığı ve Göç Sağlığı Birimi
Faks No:

e-Posta: Zeliha.Demir1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Z.DEMİR TEL:(324)3363951-133
e-posta: Zeliha.Demir1

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a5bcab14-6e4d-4127-a843-422278100b8b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Zeliha DEMİR
Unvan: EBE

Telefon No:



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MERSİN TOPLUM
SAĞLIĞI VE GÖÇ SAĞLIĞI BİRİMİ
20/09/2018 18:35 - 65355327 - 199 - E.729



00076965226

Sayı : 65355327-199
Konu : Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı
Çalışmaları

MERSİN İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün 18.09.2018 tarih ve 49654233-199-E.1407 sayılı yazısına istinaden, 2018-2019 Eğitim Öğretim yılında ilimiz anasınıfı ile ilkököl 1. sınıf, 2. sınıf, 3. sınıf ve 4. sınıf öğrencilerine iki kez florürlü vernik uygulaması; ilkököl birinci sınıf öğrencilerinin, ilk uygulama öncesinde ağız ve diş sağlığı muayenelerinin yapılması; farkındalık çalışmalarının devam ettirilmesi planlanmıştır.

Konu ile ilgili evraklar ekte gönderilmiş olup **Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu ve Öğrenci Muayene Takip Formu (Form 2A)** önlü arkalı çoğaltılarak en kısa zamanda anasınıfı, 1. sınıf, 2. sınıf, 3. sınıf ve 4. sınıf öğrencilerinin velileri tarafından ilgili alanların doldurulması sınıf öğretmenlerine tesliminin sağlanması ve konu ile ilgili gerekli hassasiyetin gösterilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Sinan BAHÇACI
Vali a.
İl Sağlık Müdürü

Ek:

- 1- Bakanlık Yazısı (2 Sayfa)
- 2- Eğitim Bilgi Formu Öğrenci 1-A
- 3- Eğitim Bilgi Formu Yetişkin 1-B
- 4- Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu
- 5- Muayene Takip Formu Öğrenci 2-A
- 6- Muayene Takip Formu Yetişkin 2-B

Güvenli Elektronik İmza

Aslı ile Aynıdır.

21.09.2018
Yasin İMAMOĞLU

Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Toplum Sağlığı ve Göç Sağlığı Birimi
Faks No:

e-Posta: Zeliha.Demir1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Z.DEMİR TEL:(324)3363951-133

e-posta: Zeliha.Demir1

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 55c8123e-b15b-4da2-8ec6-11a142ac7d20 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Zeliha DEMİR

Unvan: EBE

Telefon No:



T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

**KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
MUAYENE TAKİP FORMU
YETİŞKİN (2-B)**

Sayfa No:2 / 2

BİRİM/BÖLÜM

.....İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					

Tablo 2

Taramalar sırasında aşağıdaki kodlamalar kullanılacaktır:

S: Ağızda bulunan mevcut sağlıklı diş ¹	Ç1: Kaviteli çürük diş ²	K1:Kayıp diş (Çürük nedeniyle)
D: Dolgulu diş (Çürük yok) ³	Ç2:Dolgulu ve çürük diş ⁴	K2: Kayıp diş (Diğer sebeplerle) ⁵
0: Sürmemiş ve ağızda görülmeyen diş ⁶	F: Fissür sealant uygulanmış diş	T: Travma ⁷
SP: Kron-köprü ayacı ⁸	İ: İmplant	N:Değerlendirilemeyen diş ⁹

- 1-Ağızda bir kısmı görülen ama tam sürmemiş daimi dişler de sağlıklı dişler gibi "S" ile kodlanır.
 - 2-Bir çukurcuktaki, fissürdeki veya düzgün diş yüzeyindeki bir lezyon, kavite oluşturmuşsa "Ç1" olarak kodlanır. Geçici dolgulu dişlerin ve fissür sealant uygulanmış dişlerin üzerinde çürük varsa "Ç1" ile kodlanır.
 - 3-Çürük nedeniyle kronlanmış diş "D" olarak kodlanır.
 - 4-Aynı dişte hem çürük hem de dolgu varsa "Ç2" ile kodlanır. Kırık dolgular da "Ç2" olarak kodlanır.
 - 5-Konjenital olarak eksik olduğuna veya periodontal hastalık, travma, ortodontik tedavi gibi sebepler sonucu çekilmiş olduğuna karar verilen daimi dişler "K2" olarak kodlanır.
 - 6-Bu kodlama, daimi dişlerle sınırlıdır. Yerinde süt dişinin de bulunmadığı, sürmemiş bir daimi diş boşluğu için kullanılır. Bu kod, doğuştan eksik olan ya da travma vb. nedenlerle kaybedilen dişleri içermez. Ağızda görülen diş boşluğu, dişin kaybedilmesi nedeniyle oluşmamışsa "0" olarak; dişin kaybedilmesi nedeniyle oluşmuşsa "K1 veya K2" ile kodlanır. Ağızda görülmeyen 20 yaş dişleri, çekim öyküsü yok ise "0" olarak kodlanır.
 - 7-Dişte kırık veya travmaya bağlı renk değişikliği "T" olarak kodlanır. Dişte hem kırık hem dolgu varsa da "T" kodu kullanılır. Yine, dişte mevcut olan tedavi (dolgu, kanal tedavisi, kron vb.) travmaya bağlı tedavi ise bu diş "T" olarak kodlanır.
 - 8-Köprülerde, gövde, kayıp (K1 veya K2) olarak kodlanır. Köprü ayakları "SP" olarak kodlanır. Çürük veya travma haricindeki bir nedenle yapılmış kronlama "SP" ile kodlanır. Çürük veya restorasyon belirtisi olmayan, dişin labial yüzünü kaplayan veneer veya laminate veneer "SP" olarak kodlanır.
 - 9-Ortodontik bant varlığı ve şiddetli hipoplazi gibi sebeplerle değerlendirilemeyen sürmüş dişler "N" olarak kodlanır.
- Not:* Aynı çenede hem süt dişi, hem de o süt dişinin yerine gelecek daimi dişin mevcudiyeti söz konusu ise her ikisi de taşıdığı duruma uygun kodla (S, D, Ç1, Ç2 gibi) kaydedilmelidir.

Tablo 3

**Ağızda hareketli protez var mı?	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> PP (Parsiyel Protez)	<input type="checkbox"/> TP (Total Protez)
-----------------------------------	------------------------------	---	--

**PP (Parsiyel Protez) ve TP (Total Protez) seçeneklerinin her ikisi de işaretli olabilir.

Diş hekiminin T.C. Kimlik Numarası

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tarih :.../.../.....

İmza:



100 Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
EĞİTİM BİLGİ FORMU
ÖĞRENCİ (1-A)

Sayfa No:1 / 2

BİRİM/BÖLÜM

..... İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

EĞİTİM ÖĞRETİM YILI: /

1) EĞİTİMİN VERİLDİĞİ;

İl

İlçe

Mahalle/Köy

Okul

Okul Telefon No

2) EĞİTİM SORUMLUSUNUN;

Adı ve Soyadı/Mesleği

T.C. Kimlik No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Çalıştığı Kurum/Kuruluş

3) EĞİTİM KONULARI

Eğitim; eğitim verilen yaş grubunun eğitim ihtiyaçlarına ve önceliklerine göre belirlenerek planlanmalıdır. Kutucuklara, okulda, içinde bulunulan eğitim öğretim yılında, o konu hakkında gerçekleştirilen toplam **eğitim sayısı** girilecektir.

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Ağız diş sağlığı ve genel sağlık ilişkisi |
| <input type="checkbox"/> | 2. Oral hijyen eğitimi (fırçalama, diş ipi kullanımı gibi) |
| <input type="checkbox"/> | 3. Süt dişlerinin önemi |
| <input type="checkbox"/> | 4. Ortodontik tedavinin önemi |
| <input type="checkbox"/> | 5. Beslenme ve çürük |
| <input type="checkbox"/> | 6. Dental erozyon |
| <input type="checkbox"/> | 7. Dental travmalar |
| <input type="checkbox"/> | 8. Periodontal hastalıklar |
| <input type="checkbox"/> | 9. Diş hekimliğinde koruyucu uygulamalar |
| <input type="checkbox"/> | 10. Diğer (Belirtiniz) |



TC Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
EĞİTİM BİLGİ FORMU
ÖĞRENCİ (1-A)

Sayfa No:2 / 2

BİRİM/BÖLÜM

..... İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

4) EĞİTİMİN VERİLDİĞİ ;

Sınıf	Eğitim Verilen Öğrenci Sayısı	Sınıf	Eğitim Verilen Öğrenci Sayısı	Sınıf	Eğitim Verilen Öğrenci Sayısı
Ana Sınıfı		5. Sınıf		9. Sınıf	
1. Sınıf		6. Sınıf		10. Sınıf	
2. Sınıf		7. Sınıf		11. Sınıf	
3. Sınıf		8. Sınıf		12. Sınıf	
4. Sınıf					

5) EĞİTİM VERİLEN TOPLAM ÖĞRENCİ SAYISI:

6) OKULDA VERİLEN TOPLAM EĞİTİM SAYISI:

7) DAĞITILAN MATERYAL SAYISI

	Ana Sınıf	1. Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf	5. Sınıf	6. Sınıf	7. Sınıf	8. Sınıf	9. Sınıf	10. Sınıf	11. Sınıf	12. Sınıf	TOP LAM
Diş Fırçası														
Diş Macunu														
Afiş /Poster														
Broşür														
Kitapçık														
Diğer*														

(* Dağıtılan materyal:)

Tarih: ... / ... / 20....

Eğitim Sorumlusunun İmzası:



Millî Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
EĞİTİM BİLGİ FORMU
YETİŞKİN (1-B)

Sayfa No:1 / 2

BİRİM/BÖLÜM

.....İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

1) EĞİTİMİN VERİLDİĞİ;

İl

İlçe

Mahalle/Köy

Kurum/Kuruluş

Kurum/Kuruluş Telefon No:

2) EĞİTİM SORUMLUSUNUN;

Adı ve Soyadı/Mesleği

T.C. Kimlik No

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Çalıştığı Kurum/Kuruluş

3) EĞİTİM KONULARI

Eğitim; eğitim verilen yaş grubunun eğitim ihtiyaçlarına ve önceliklerine göre belirlenerek planlanmalıdır. Kutucuklara, o konu hakkında gerçekleştirilen toplam **eğitim sayısı** girilecektir.

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Ağız diş sağlığı ve genel sağlık ilişkisi |
| <input type="checkbox"/> | 2. Oral hijyen eğitimi (fırçalama, diş ipi kullanımı gibi) |
| <input type="checkbox"/> | 3. Süt dişlerinin önemi |
| <input type="checkbox"/> | 4. Ortodontik tedavinin önemi |
| <input type="checkbox"/> | 5. Beslenme ve çürük |
| <input type="checkbox"/> | 6. Dental erozyon |
| <input type="checkbox"/> | 7. Dental travmalar |
| <input type="checkbox"/> | 8. Periodontal hastalıklar |
| <input type="checkbox"/> | 9. Diş hekimliğinde koruyucu uygulamalar |
| <input type="checkbox"/> | 10. Protez bakımı |
| <input type="checkbox"/> | 11. Gebelik ve ağız diş sağlığı |
| <input type="checkbox"/> | |



Millî Sağlık
Genel Müdürlüğü

KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
EĞİTİM BİLGİ FORMU
YETİŞKİN (1-B)

Sayfa No:2 / 2

BİRİM/BÖLÜM

.....İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

12. Diğer (Belirtiniz)

4) EĞİTİM VERİLEN TOPLAM KİŞİ SAYISI:

5) VERİLEN TOPLAM EĞİTİM SAYISI:

6) DAĞITILAN MATERYAL SAYISI

	Diş Fırçası	Diş Macunu	Afiş-Poster	Broşür	Kitapçık	*Diğer
TOPLAM						

(* Dağıtılan Materyal:)

Tarih: ... / ... / 20....

Eğitim Sorumlusunun İmzası:



112 Sağlık

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HSGM TOPLUM
SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE EĞİTİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI
18/09/2018 09:18 - 49654233 - 199 - E.1407



00076802838

Sayı : 49654233-199
Konu : Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı
Programı



..... VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık rastlanan sağlık sorunu olan ağız ve diş hastalıkları, 2016 yılı TÜİK verilerine göre, 0-6 yaş grubu çocuklarda ilk beş hastalık arasında, 7-14 yaş grubunda ise % 23.4 ile ilk sırada yer almaktadır. Toplumda görülme sıklığının yüksekliği, genel sağlığa olan etkileri gibi nedenlerden dolayı bahse konu hastalıklar önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmekte ve mücadelede tedaviden çok koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması gerektiği tüm dünyada kabul görmektedir.

Bu bilgilerden hareketle ülkemizde, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulan Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Danışma Komisyonu'nun tavsiyeleri doğrultusunda,

- Öğrenci, öğretmen ve velilere yönelik farkındalık eğitimlerinin yapılması,
- Anasınıfı ve ilkokul öğrencilerine, kademeli olarak florürlü vernik uygulanması,
- Okul sağlığı çalışmaları kapsamında, anasınıfı ve ilkokul öğrencilerinin ağız ve diş muayenelerinin gerçekleştirilmesi,
- Mevsimsel tarım işçilerinin çocukları başta olmak üzere dezavantajlı grupta yer alan öğrencilerin belirtilen hizmetlere erişimlerinin artırılması,

faaliyetlerini içeren "Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı" hazırlanmıştır.

2018-2019 eğitim öğretim yılında 60 ayını doldurmuş anasınıfı öğrencileri ile ilkokul birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerine iki kez florürlü vernik uygulanması; ilkokul birinci sınıf öğrencilerinin, ilk uygulama öncesinde ağız ve diş muayenelerinin yapılması; farkındalık çalışmalarının devam ettirilmesi planlanmıştır.

Program kapsamındaki faaliyetlerin çeşitliliği ve hizmetin gerçekleştirileceği kitlenin büyüklüğü gibi nedenlerden dolayı;

- 1) Halk sağlığı hizmetleri başkanının konuyu takip ve koordine etmek üzere görevlendirilmesi,
- 2) İl sağlık müdürlükleri tarafından gerekli sağlık personeli planlamasının yapılması,
- 3) Uygulama öncesinde, Genel Müdürlüğümüz tarafından gerçekleştirilen eğitici eğitime katılmış olan hekim/diş hekimi tarafından, illerde ağız ve diş muayenelerini yapacak diş hekimleri/hekimleri ile uygulamada görev alacak diğer personelin teorik ve pratik eğitimlerinin tamamlanması,
- 4) Milli Eğitim Bakanlığı, koruyucu ağız ve diş sağlığı çalışmaları hakkında bilgilendirilmiş olup uygulamalar sırasında herhangi bir aksaklık yaşanmaması için il ve ilçe milli eğitim müdürlüklerinde görev yapan program sorumluları ile işbirliği içerisinde öğrenci listelerinin güncellenmesi ve planlamaların yapılması,
- 5) Uygulama öncesinde, okul idarecilerinin ve öğretmenlerin bilgilendirilmesi,

Adres: Sağlık Mah. Adnan Saygun Cad. No: 55 06100 Sıhhiye / ANKARA
Faks No:0(312) 565 5891

e-Posta:ozlem.buyukbas@saglik.gov.tr İnt.Adresi: thsktsh.agizdis@saglik.gov.tr

Bilgi için:Özlem BÜYÜKBAŞ
Unvan:DIŞ HEKİMİ

Telefon No:0312 5655997

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 536833-1115-4048-9436-012642697680 koduyla erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

- 6) Okul idaresi, öğretmenler, veliler, öğrenciler ile sağlık personeline yönelik olarak ağız diş sağlığı farkındalık ve sağlıklı beslenme eğitimlerinin planlanması ve gerçekleştirilmesi,
- 7) Yapılacak çalışmalara dair verilerin, hsgm.saglik.gov.tr adresinde, kalite standartlarına göre revize edilmiş bir örneği yer alan formlara (FORM 1A, FORM 1B, FORM 2A, FORM 2B) kaydedilmesi ve bu formların muhafaza edilmesi hususunda gerekli tedbirlerin alınması,
- 8) Florürlü vernik uygulamaları öncesinde, hsgm.saglik.gov.tr adresinde son hali yer alan Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu'nun velilere ulaştırılması; veliler tarafından imzalanmış formların uygulama sırasında hazır bulundurulmasının sağlanması,
- 9) Florürlü vernik uygulamasının mümkün olduğunca altı ay arayla gerçekleştirilebilmesi; bunun sağlanamadığı durumlarda iki uygulama arasında en az üç ay süre olmasına dikkat edilmesi,
- 10) Halk Sağlığı Yönetim Bilgi Sisteminde (HSYS) yer alan Koruyucu Ağız ve Diş Modülüne tüm verilerin girilmesi,
- 11) Program kapsamında, anasınıfından itibaren ağız diş muayenesi gerçekleştirilen her öğrencinin tüm yıllara ait ağız diş muayene formlarının bir arada muhafaza edilmesi, florürlü vernik uygulama sayısının kayıt altına alınması,
- 12) Genel Müdürlüğümüzce tedarik edilip il sağlığı müdürlüklerine gönderilecek olan florürlü verniklerin uygun koşullarda muhafaza edilmesi,
- 13) Çalışmalar esnasında ihtiyaç duyulabilecek diğer malzemelerin (dil basacağı, steril gazlı bez, eldiven, maske, el antiseptiği, tıbbi atık torbası vb.), müdürlüklerce, uygulama öncesinde tedarik edilmesi,
- 14) Uygulamalar sonrasında açığa çıkacak atık/tıbbi atıkların uygulayıcı ekip tarafından ilgili mevzuata uygun bir şekilde bertaraf edilmesi,
- 15) Koruyucu ağız ve diş sağlığı çalışmalarında gerekli duyarlılığın sağlanması için yerel medyanın etkin olarak kullanılması;
- 16) Genel Müdürlüğümüz tarafından hazırlanmış ve hsgm.saglik.gov.tr adresinde birer örneği bulunan afiş, broşür ve kitapçığın, gerekli hallerde, müdürlüğünüz imkânları ile çoğaltılarak yapılacak çalışmalarda kullanılması önem arz etmektedir.
Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Dr. Hüseyin İLTER
Bakan a.
Genel Müdür

Ekler:

- 1- 2017-2018 Florürlü Vernik Uygulama Başarısı 1. Dönem (2 sayfa)
- 2- 2017-2018 Florürlü Vernik Uygulama Başarısı 2. Dönem (2 sayfa)
- 3- Florürlü Vernik Uygulama Rehberi(3 sayfa)

Dağıtım:

81 İl Sağlık Müdürlüğü

Adres: Sağlık Mah. Adnan Saygun Cad. No: 55 06100 Sıhhiye / ANKARA
Faks No:0(312) 565 5891
e-Posta:ozlem.buyukbas@saglik.gov.tr İnt.Adresi: thsktsh.agizdis@saglik.gov.tr

Bilgi için:Özlem BÜYÜKBAŞ
Unvan:DIŞ HEKİMİ
Telefon No:0312 5655997

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5368323e-b25b-40a1-8166-022641697580 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayfa No:1 / 2

BİRİM/BÖLÜM

.....İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

20..... / 20..... EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI

Bu form, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içerisinde yürütülecek olan koruyucu ağız ve diş sağlığı çalışmaları kapsamında gerçekleştirilecek florürlü vernik uygulaması hakkında, öğrenci velilerine yönelik olarak hazırlanmış aydınlatılmış onam formudur.

Lütfen, formu dikkatlice okuyunuz, sorularınızı ve anlaşılamayan hususları ilgili diş hekimine/sağlık personeline danışınız.

UYGULAMANIN GEREKÇELERİ

1. Ağız ve diş hastalıkları, toplumumuzda yaygın olarak görülen, genel sağlığı etkileyebilen ve koruyucu önlemlerle engellenebilen hastalıklardır.
2. Çocuklarda en yaygın ağız ve diş hastalığı olan diş çürükleri ile ilgili tedbirlerin küçük yaşlarda alınması gerekmektedir.
3. Diş çürüklerinden korunmada; sağlıklı beslenme, düzenli diş fırçalama, diş hekimi kontrolü ve florür uygulamalarının birlikte gerçekleştirilmesi çok önemlidir.
4. Diş yüzeyine uygulanan florürün, çürük oluşumunu önleyici etkisi bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Her yaşta güvenle kullanılabilen florürlü vernik, okullarda uygulanabilecek en uygun koruyucu yöntemlerden biridir.
5. Bu programda, diş yüzeyine sürüldüğünde tükürük ile temas ederek kısa sürede sertleşen florürlü vernik kullanılacaktır.
6. Florürlü vernik yılda iki kez (3-6 aylık periyotlarla uygulanabilir), çürük risk düzeyi yüksek olan çocuklarda ise yılda dört kez uygulanabilir.

UYGULAMANIN BASAMAKLARI

1. Uygulama öncesinde öğrencilere diş fırçalama eğitimi verilir. Her öğrencinin, kendi diş fırçası ve macununu kullanarak, doğru ve etkin bir şekilde dişlerini fırçalamaları sağlanır.
2. Florürlü vernik uygulaması, bir diş hekimi tarafından ya da diş hekiminin gözetiminde, konu hakkında eğitim almış ebe, hemşire ve sağlık memuru tarafından gerçekleştirilir.
3. Tek kullanımlık ambalajlarda bulunan florürlü vernik, tek kullanımlık uygulama fırçası yardımıyla diş yüzeyine sürülerek uygulanır. Her çocuk için bir florürlü vernik ürün paketi kullanılır, uygulama sonrası kalan ürüne ait paket "Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne" uygun şekilde bertaraf edilir.
4. Uygulamadan sonra, öğrencinin, 1 saat süreyle hiçbir şey yiyip içmemesi, sonrasında da 4 saat boyunca sert ve sıcak yiyecek-içeceklerden uzak durması sağlanır.
5. Florürlü vernik uygulamasının yapıldığı gün dişler fırçalanmamalı, ertesi sabah kahvaltıdan sonra fırçalanmalı ve düzenli olarak, her gün, kahvaltıdan sonra ve gece yatmadan önce, günde 2 kez fırçalamanın yapılmasına devam edilmelidir.

FLORÜRLÜ VERNİĞİN UYGULANAMAYACAĞI ÇOCUKLAR

1. Alerjik reaksiyona bağlı olarak hastaneye yatmış olan ve astım rahatsızlığı olan,
2. Reçine ve çam fıstığına bağlı bilinen alerjisi olan,
3. Vücudunda döküntüsü olan ya da dudaklarında, ağız içinde, dilinde ve dişetinde yarası bulunan,
4. Suçiçeği gibi döküntülü hastalıklar geçirmekte olan çocuklara florürlü vernik uygulaması yapılmamalıdır.

BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN

Adı Soyadı:
Tarih/ İmza:

VELİ

Adı Soyadı:
Tarih/ İmza:



Republik Türkiye Cumhuriyeti
Sağlık Bakanlığı
Genel Müdürlüğü

FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayfa No:2 / 2

BİRİM/BÖLÜM

.....İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

UYGULAMADA KARŞILAŞILABİLECEK YAN ETKİLER

1. Uygulama esnasında öğürme refleksine bağlı olarak nadiren bulantı veya kusma gelişebilir.
2. Reçine veya çam fıstığı alerjisi olan çocuklarda alerjik reaksiyonlara rastlanabilir. Alerjik reaksiyonlar, ağız içinde kabartılar şeklinde görülebilir.
3. Astım hastalarında çok nadir olarak nefes darlığı gelişebilir.

ÖNERİ: Florürlü vernik uygulaması sonrasında beklenmeyen bir etki görüldüğü takdirde vernik, diş fırçası ve diş ipi kullanılarak diş yüzeyinden temizlenir ve ılık su ile ağız çalkalatılarak çocuğun tükürmesi sağlanır. Sonrasında çocuğun en yakın sağlık merkezine götürülmesi önerilir.

Son 6 ay içerisinde florürlü vernik/jel uygulaması yapıldı mı?

Evet

Hayır

Uygulama tarihi.../.../....

Velisi olduğum İlkokulu sınıfında bulunan oğlum/kızım
.....'in dişlerine florürlü vernik uygulanmasına;

İzin veriyorum.

İzin vermiyorum. (Nedenini işaretleyiniz).

- Çocuğumun alerjisi var.
- Zararlı olduğunu düşünüyorum.
- Faydalı olduğunu düşünmüyorum.
- Yeterince bilgi sahibi değilim.
- Okul dışında florürlü vernik uygulamasını çocuğuma düzenli olarak yaptırıyorum.

Yukarıdaki bilgileri eksiksiz olarak okudum ve anladım. Çocuğumun genel sağlık durumunda meydana gelecek değişiklikleri bildireceğimi kabul ediyorum.

BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN

Adı Soyadı:
Tarih/ İmza:

VELİ

Adı Soyadı:
Tarih/ İmza:



TC Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

**KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
MUAYENE TAKİP FORMU
ÖĞRENCİ (2-A)**

Sayfa No:1 / 2

BİRİM/BÖLÜM

.....İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

20..... / 20..... EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI

Bu sayfa, florürlü vernik uygulaması için onam veren ya da vermeyen tüm veliler tarafından doldurulacaktır.

Öğrencinin;

TC. Kimlik Numarası

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Adı Soyadı

.....

Okul/Kurum Adı

.....

Sınıf/Şube

.....

Doğum Tarihi

..... /..... /.....

Cinsiyeti

Kız Erkek

Öğrenci Velisinin;

Adı Soyadı

.....

Telefon Numarası

.....

Eğitim Durumu

Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul
 Ortaokul Lise Yüksekokul / Üniversite

Velisi olduğunuz öğrenci hakkında aşağıda yer alan soruları cevaplayınız:

1- Ortodontik tedavi gördü mü/ görüyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
2- Dişlerini fırçalarken diş eti kanaması oluyor mu?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
3-Kendisine ait diş fırçası var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
4-Diş fırçalama sıklığı nedir?	<input type="checkbox"/> Fırçalamıyor <input type="checkbox"/> Düzensiz fırçalıyor <input type="checkbox"/> Günde 1 kez fırçalıyor <input type="checkbox"/> Günde 2-4 kez fırçalıyor
5-Ara yüz fırçası / diş ipi kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
6-En son diş hekimine gitme nedeni nedir?	<input type="checkbox"/> Hiç gitmedi <input type="checkbox"/> Ağrı veya yakınma <input type="checkbox"/> Tedavi veya tedavi takibi <input type="checkbox"/> Yakınma olmaksızın yılda en az bir kez düzenli kontrol için <input type="checkbox"/> Nedenini hatırlamıyorum

Not: Tabloda yer alan her soru için sadece bir seçenek işaretlenmelidir.

Bu sayfa sağlık çalışanı tarafından doldurulacaktır.

F04/FS11/DB:00



TC Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
MUAYENE TAKİP FORMU
ÖĞRENCİ (2-A)

Sayfa No:2 / 2

BİRİM/BÖLÜM

.....İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				

Tablo 1

5 yaş çocuklarında 6 numaralı dişlerin muayenesi unutulmamalıdır!

Taramalar sırasında aşağıdaki kodlamalar kullanılacaktır:

S: Ağızda bulunan mevcut sağlıklı diş ¹	Ç1: Kaviteli çürük diş ²	K1:Kayıp diş (Çürük nedeniyle)
D: Dolgulu diş (Çürük yok) ³	Ç2:Dolgulu ve çürük diş ²	K2: Kayıp diş (Diğer sebeplerle) ⁵
0: Sürmemiş ve ağızda görülmeyen diş ⁶	F: Fissür sealant uygulanmış diş	T: Travma ⁷
SP: Kron-köprü ayağı ⁸	N:Değerlendirilemeyen diş ⁹	

1-Ağızda bir kısmı görülen ama tam sürmemiş daimi dişler de sağlıklı dişler gibi "S" ile kodlanır.

2-Bir çukurcuktaki, fissürdeki veya düzgün diş yüzeyindeki bir lezyon, kavite oluşturmuşsa "Ç1" olarak kodlanır. Yine geçici dolgulu dişlerin üzerinde ve fissür sealant uygulanmış dişlerin üzerinde çürük varsa "Ç1" ile kodlanır.

3-Çürük nedeniyle kronlanmış diş "D" olarak kodlanır.

4-Aynı dişte hem çürük hem de dolgu varsa "Ç2" ile kodlanır. Kırık dolgular da "Ç2" olarak kodlanır.

5-Konjenital olarak eksik olduğuna veya periodontal hastalık, travma, ortodontik tedavi gibi sebepler sonucu çekilmiş olduğuna karar verilen dişler "K2" olarak kodlanır. Fizyolojik olarak düşmüş dişler (6 yaş için 71-81 ve 51-61 no.lu dişler gibi) "K1" ya da "K2" olarak kodlanmaz. Fizyolojik olarak düşmüş süt dişine ait kutucuk boş bırakılır.

6-Bu kodlama, daimi dişlerle sınırlıdır. Yerinde süt dişinin de bulunmadığı, sürmemiş bir daimi diş boşluğu için kullanılır. Bu kod, doğuştan eksik olan ya da travma vb. nedenlerle kaybedilen dişleri içermez. Ağızda görülen diş boşluğu, dişin kaybedilmesi nedeniyle oluşmamışsa "0" olarak; dişin kaybedilmesi nedeniyle oluşmuşsa "K1 veya K2" ile kodlanır.

7-Dişte kırık veya travmaya bağlı renk değişikliği "T" olarak kodlanır. Dişte hem kırık hem dolgu varsa da "T" kodu kullanılır. Yine, dişte mevcut olan tedavi (dolgu, kanal tedavisi, kron vb.) travmaya bağlı tedavi ise bu diş "T" olarak kodlanır.

8-Köprülerde, gövde, kayıp (K1 veya K2) olarak kodlanır. Köprü ayakları "SP" olarak kodlanır. Çürük veya travma haricindeki bir nedenle yapılmış kronlama "SP" ile kodlanır. Çürük veya restorasyon belirtisi olmayan, dişin labial yüzünü kaplayan veneer veya laminate veneer "SP" olarak kodlanır.

9-Ortodontik bant varlığı ve şiddetli hipoplazi gibi sebeplerle değerlendirilemeyen sürmüş dişler "N" olarak kodlanır.

Not: Aynı çenede hem süt dişi, hem de o süt dişinin yerine gelecek daimi dişin mevcudiyeti söz konusu ise her ikisi de taşıdığı duruma uygun kodla (S, D, Ç1, Ç2 gibi) kaydedilmelidir.

Tablo 2

1. Öğrencinin ağızda yer tutucu var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
2. Uygulama gününde florürlü vernik uygulaması gerçekleştirilebildi mi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

Diş hekiminin T.C. Kimlik Numarası :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sınıf Mevcudu:

Tarih:../../.....

İmza:



Devlet Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

**KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
MUAYENE TAKİP FORMU
YETİŞKİN (2-B)**

Sayfa No:1 / 2

BİRİM/BÖLÜM

.....İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

Muayenesi Gerçekleştirilen Kişinin Bulunduğu:

Kurum/Kuruluş Adı

Kurum /Kuruluş Telefon No

Bu sayfa, ağız diş muayenesi yapılan kişi tarafından doldurulacaktır.

TC. Kimlik Numarası

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Adı Soyadı

.....

Doğum Tarihi

..... /..... /.....

Cinsiyeti

Kadın Erkek

Eğitim Durumu

Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul
 Ortaokul Lise Yüksekokul / Üniversite

Tablo 1*

1. Ortodontik tedavi gördünüz mü/görüyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
2. Diş eti kanamanız var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Fırçalamayla var <input type="checkbox"/> Kendiliğinden var
3. Kendinize ait diş fırçanız var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
4. Diş fırçalama sıklığınız nedir?	<input type="checkbox"/> Fırçalamıyorum <input type="checkbox"/> Düzensiz fırçalıyorum <input type="checkbox"/> Günde 1 kez fırçalıyorum <input type="checkbox"/> Günde 2-4 kez fırçalıyorum
5. Ara yüz fırçası/diş ipi kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
6. En son diş hekimine gitme nedeniniz nedir?	<input type="checkbox"/> Hiç gitmedim <input type="checkbox"/> Ağrı veya yakınma nedeniyle <input type="checkbox"/> Tedavi veya tedavi takibi için <input type="checkbox"/> Yakınma olmaksızın yılda en az bir kez düzenli kontrol için <input type="checkbox"/> Nedenini hatırlamıyorum

**Tablo1'deki tüm sorularda sadece 1 seçenek işaretlenmelidir.*

Bu sayfa sağlık çalışanı tarafından doldurulacaktır.