



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
TURGUTLU KAYMAKAMLIĞI
Toplum Sağlığı Merkezi Başkanlığı

MANİSA HSM TURGUTLU TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ
MANİSA HSM TURGUTLU TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ
17/10/2017 10:49 - 20603577 - 183.99 - E.764



00054687004

Sayı: 20603577-183.99

Konu: Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri

TURGUTLU İLÇE MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE

İçimizdeki okullarda 2017-2018 Eğitim Öğretim yılı içinde 60 ayını doldurmuş anasınıfı öğrencilerine ve ilkokul 1, 2, 3, sınıf öğrencilerine yönelik florlu vernik uygulaması ayrıca ilkokul 1.sınıf öğrencilerine yapılacak olan diş taramasının 1.etabının 16.10.2017 ile 19.01.2018 tarihleri arasında; 2.etabının ise 05.02.2018 ile 08.06.2018 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır.

Görevi yürütecek olan Turgutlu Toplum Sağlığı Diş hekimleri ve sağlık personeli listesi ve Kaymakamlık Oluru ekte sunulmuş olup, çalışmalarımızda kullanılacak olan aydınlatılmış onam formu ve 1.sınıflara yönelik muayene takip formu ekte sunulmuştur. Onam formları ve muayene takip formunun velilere onaylatıldıktan sonra sınıflarda hazır bulundurulması gerekmektedir.

Çalışmalarımızın etkin ve sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için gerekli hassasiyetin gösterilmesi hususunu;

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Murat YÜCETÜRK
Turgutlu İlçe Sağlık Müdürü

EKLER:

- 1- Kaymakamlık Oluru
- 2- Sağlık Personeli Listesi
- 3- Muayene Takip Formu
- 4- Florlu Vernik Aydınlatılmış Onam Formu

Evrak No : 46936796
Kayıt Edildi:

17 EKİM 2017



00054467623

T.C.
TURGUTLU KAYMAKAMLIĞI
Turgutlu Toplum Sağlığı Merkezi Başkanlığı

Sayı : 20603577/183.99

Konu: Okullarda Koruyucu Ağız Diş Sağlığı
Çalışması.

KAYMAKAMLIK MAKAMINA

Toplum Sağlığı Merkezimizce yürütülen Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri kapsamında ilçemizde eğitim veren okulların anasınıfları ile 1, 2 ve 3.sınıf öğrencilerine yönelik Florlu vernik uygulamasının 1. etabının 16.10.2017-19.01.2018 tarihleri arasında, 2. etabının da 05.02.2018-08.06.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmesi planlanmakta olup; bu çalışmaları yürütmek üzere; görevli sağlık personeli ve stajyer öğrenci listesi ekte sunulmuştur.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde;
Olurlarınızı arz ederim.

Dr. Murat YÜCETÜRK
İlçe Sağlık Müdürü

OLUR
12/10/2017

Uğur TURAN
Kaymakam

FLORLU VERNİK ÇALIŞMASI GÖREVLENDİRME LİSTESİ

DT.MEHMET CENK YAMANER
DT.ÖZGÜR ÜNSAL MİT
EBE AZİME BAYRAM
STAJYER ÖĞRENCİLER:
ŞULE YAVUZ
TUĞÇE ARI
SEMRA GÖKMEN
SEVGİ UÇAR
RÜMEYSA TUNÇ
SELCAN SERT
HİKMET AKYAY
EDA GİZEM İLTER
SIDIKA ÇINGİRT
YASEMİN ÖZÜMER
MAHMUT MOĞUL
ESRA BULUT
BEYZA YÜKSEL
NECATİ ATAY
AYŞEGÜL GÖRGÜLÜ
MERVE GÜL KALAFAT
CENNET TEZCAN
GAMZE EKİCİ
MEHMET YAVUZ
BERFİN SORMAZ
SELD A GÜL ÖZTÜRK
MERVE YAPICI
MİHRİBAN DENİZ
YAĞMUR GÜMÜŞ
HAVVA NUR ÇİFTÇİ



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu

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

Sayfa No:1 / 2

BİRİM/BÖLÜM

TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI
.....HALK 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"/>	<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.



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu

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

Sayfa No:2 / 2

BİRİM/BÖLÜM

TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI
.....HALK 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 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 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:



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu

FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayfa No:1 / 2

BİRİM/BÖLÜM

TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI
.....HALK 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,

BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN

Adı Soyadı:
Tarih/ İmza:

VELİ

Adı Soyadı:
Tarih/ İmza:



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu

FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayfa No:2 / 2

BİRİM/BÖLÜM

TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI
.....HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

4. Suçiçeği gibi döküntülü hastalıklar geçirmekte olan çocuklara florürlü vernik uygulaması yapılmamalıdır.

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: