



T.C.  
ULUBEY KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 78502186-200-E.11567787  
Konu : Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı

12.11.2015

.....MÜDÜRLÜĞÜNE  
ULUBEY

İlgi: 10.11.2015 tarih ve 48684385-200-E.11466775 sayılı yazı.

Uşak Valiliği İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nün "Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı" konulu ilgi yazısı ekte gönderilmiştir. İş ve işlemlerin ilgi yazı doğrultusunda yapılması ve gereken hassasiyetin gösterilmesi hususunda;

Bilgilerinize önemle rica ederim.

Mustafa TURGUT  
İlçe Millî Eğitim Müdürü

EK:  
Yazı (4 Sayfa)

DAĞITIM:  
Tüm İlkokul Müd. ne

Güvenli Elektronik  
İmzalı Aslı ile Aynıdır  
12.11.2015  
Melek KARAKUŞ  
V.H.K.İ.



T.C.  
UŞAK VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 48684385-200-E.11466775

10.11.2015

Konu: Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı

..... KAYMAKAMLIĞINA  
(İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne)  
..... MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 02.10.2015 tarih ve 49998565-010.99.1386-7603 sayılı yazı.

İlimiz Halk Sağlığı Müdürlüğünün ilgi yazılarında 2015-2016 öğretim yılında 1.sınıf öğrencilerine Tarama ve Florid Vernik uygulaması yapılacağı ve uygulama hakkında velileri bilgilendirmek amacıyla, Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından hazırlanan Veli Onam Formu ekte gönderilmiştir.

Bu kapsamda gönderilen formların 1.sınıf öğrenci sayısınca çoğaltılması, velilere dağıtımının yapılarak ilgi yazıda belirtilen tarihe kadar veli onaylarının alınması ve sınıf öğretmenleri tarafından doldurulacak olan Tarama Takip Formları ile birlikte Flor Vernik uygulaması yapmak üzere okula gelecek olan ekiplere teslim etmek üzere okulda muhafaza edilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Bülen ŞAHİN  
Vali a  
İl Millî Eğitim Müdürü

Ek:

- İlgi Yazı ve Form (3 Sayfa)

DAĞITIM:

-İlçe Kaymakamlıklarına

(İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne)

-Merkez ve Merkez Köy İlkokul Müdürlüklerine

İl Millî Eğitim Müdürlüğü  
Kurtuluş Mh. Enstitü Sk - UŞAK  
e-posta: temelegitim64@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: Temel Eğitim Şube Müd.  
Tel : (0 276) 224 56 53  
Faks : (0 276) 223 39 89

..... İLİ  
..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ  
**FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**  
(20.... / 20.... Eğitim Öğretim Yılı)

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 anlayışamayan 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 6 aylık aralarla yılda iki kez, çürük risk düzeyi yüksek olan çocuklarda ise 3 aylık aralarla 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-ışeceklerden 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,

T.C.  
UŞAK VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 49998565 -010.99 1545 -8622  
Konu : Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı

05 -11- 2015

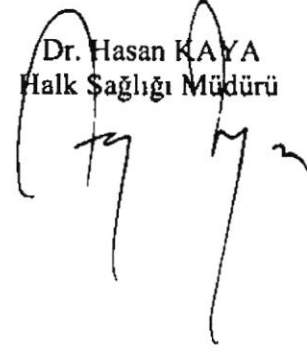
UŞAK MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE

Müdürlüğümüzce Ağız ve Diş Sağlığı Koruma Programı kapsamında 2015-2016 öğretim yılında ilköğretim 1.sınıf öğrencilerine Tarama ve Florid Vernik uygulaması yapılacak olup, uygulama hakkında velileri bilgilendirmek amacıyla hazırlanan "Veli Onam Formu'nun" Müdürlüğünüze bağlı okullarda öğrenim gören ilköğretim 1.sınıf öğrenci velilerine dağıtımının yapılarak veli onayının alınması gerekmektedir.

Bu kapsamda ekte gönderilen formun öğrenci sayısınca çoğaltılarak veli onam formunun velilere dağıtımının sağlanması, 23.11.2015 tarihine kadar veli onayının alınması, Veli Onam Formunun sınıf öğretmeni tarafından muhafaza edilerek flor vernik uygulaması yapacak ekibe teslim edilmesi hakkında ilgili öğretmenlerin bilgilendirilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Dr. Hasan KAYA  
Halk Sağlığı Müdürü



EK:

1-Flor Vernik Uyg. Aydınlatılmış Onay Formu (2 sayfa)

MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ	
SAYI	
TARİH	09 Kasım 2015
BÖLÜM	TEMEL EĞİTİM HİZMETLERİ

Uşak Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü  
Tel :0 276 2164001(3 Hat) Dahili:(1021-1022)  
Faks:0 276 224 44 35  
e-posta:usak.hsmahism@saglik.gov.t  
Adres:Cumhuriyet Mh.1. Emlak Sk.No:39 A Blok UŞAK

Bilgi için:E.HORZUM

..... İLİ  
..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ  
**FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**  
(20.... / 20.... Eğitim Öğretim Yılı)

4. Soğuk algınlığı, grip veya suçiçeği gibi hastalıkları 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.

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

*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.

Son 6 ay içerisinde florürlü vernik/jel uygulaması yapıldı ise uygulama tarihini gün, ay, yıl olarak yazınız: ...../...../.....

**Bilgilendirmeyi yapanın;**

**Velinin;**

*Adı ve Soyadı :*

*Adı ve Soyadı :*

*Tarih :*

*Tarih :*

*İmza :*

*İmza :*