



T.C.  
ULUBEY KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 78502186-200-E.10749837  
Konu : Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı

04.10.2016

.....MÜDÜRLÜĞÜNE  
ULUBEY

İlgi : 28.09.2016 tarih ve 49998565-199-E.1677 sayılı yazı.

İlimiz Halk Sağlığı Müdürlüğünün ilgi yazılarında 2016-2017 öğretim yılında 60 ayını doldurmuş ana sınıfı, 1.sınıf ve 2. sınıf öğrencilerine Tarama ve Florürlü Vernik uygulaması yapılacağı ve uygulama hakkında velileri bilgilendirmek amacıyla, Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından hazırlanan Veli Onam Formu ekte gönderilmiştir.

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

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Mustafa TURGUT  
İlçe Millî Eğitim Müdürü

EKLER:  
İlgi Yazı ve Form (5 Sayfa)

DAĞITIM:  
İlkokul Müd ne

Güvenli Elektronik  
İmza ile Ayrılır  
04/10/2016...  
**Feyzi OSKAY**  
Şef



T.C.  
UŞAK VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 49998565 -199  
Konu : Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı

UŞAK MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE

Müdürlüğümüzce Ağız ve Diş Sağlığı Koruma Programı kapsamında 2016-2017 öğretim yılında İlimiz merkez, ilçe ve köylerinde 60 ayını doldurmuş ana sınıfı, ilköğretim 1 sınıf ve 2. sınıf öğrencilerine Tarama ve Florürlü Vernik uygulaması yapılacak olup, uygulama hakkında velileri bilgilendirmek amacıyla hazırlanan "Veli Onam Formu'nun" Müdürlüğünüze bağlı okullarda öğrenim gören 60 ayını doldurmuş ana sınıfı, 1 sınıf ve 2. sınıf öğrenci velilerine dağıtımının yapılarak veli onayının alınması gerekmektedir.

Bu kapsamda ekte gönderilen formların öğrenci sayısına çoğaltılarak veli onam formunun velilere dağıtımının yapılması, 21.10.2016 tarihine kadar veli onayının alınmasının sağlanması, ayrıca ekte gönderilen Tarama Takip Formundaki öğrenci bilgilerinin ana sınıfı 1. ve 2. sınıf öğretmenleri tarafından doldurulması, öğrenci muayene takip formlarının veli onam formları ile birlikte muhafaza edilerek florürlü vernik uygulaması yapacak ekibe teslim edilmesi hakkında ilgili öğretmenlerin bilgilendirilmesi hususunda:

Gereğini arz ederim.

Dr. Hasan KAYA  
Halk Sağlığı Müdürü

EKLER:

- 1-Öğrenci Muayene Takip Formu (2 Sayfa)
- 2-Flor Vernik Uyg. Aydınlatılmış Onay Formu (2 sayfa)

Güvenli Elektronik İmza  
Aslı ile Aynıdır  
.../201...  
Ramazan AKDAG  
V.H.K.1

**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.tr

Adres:Cumhuriyet Mh.1. Emlak Sk.No:39 A Blok UŞAK

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0168a107-98b0-469b-b531-e8111475c193 kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için:E.HORZUM



**TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU**  
**KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI**  
**MUAYENE TAKİP FORMU (ÖĞRENCİ)**

20..... / 20..... EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI

..... İli ..... Toplum Sağlığı Merkezi

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

**Öğrencinin;**

TC. Kimlik Numarası

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

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.*

..... 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 :**

..... 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 anlayışlamayan 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-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 dışınde yarası bulunan,