



T.C.
MUŞ VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 32026198-200-E.11413585
Konu: Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı
Uygulamaları

09.11.2015

.....KAYMAKAMLIĞINA
İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü
.....MÜDÜRLÜĞÜNE

Muş Halk Sağlığı Müdürlüğünün 2014-2017 yılları arasında yapacağı faaliyetleri kapsayan ve stratejik planında yer alan "koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini geliştirerek sürdürmek" konulu 06/11/2015 tarih ve 7121 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.

Konuyla ilgili 2015-2016 eğitim öğretim yılında koruyucu ağız ve diş sağlığı çalışmaları kapsamında; 60 ayını doldurmuş anasınıfı öğrencilerine flor uygulamasına başlanacağı belirtilmektedir. Uygulamanın yapılacağı okul yöneticileri ve öğretmenlerinin 60 ayını doldurmuş anasınıfı öğrencilerinin ebeveynlerini bilgilendirerek ekte gönderilen veli onam formlarının veliler tarafından doldurularak onaylarının alınmasını, doldurulan formların okulda muhafaza edilerek, koruyucu ağız ve diş sağlığı çalışmaları kapsamında okula gelen sağlık çalışanlarına verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Cevdet ARSLAN
Vali a.
Millî Eğitim Müdürü

Ekler:

1-Yazı (1 Sayfa)

2-Veli Onam Formu (1 Sayfa)

Dağıtım :

İlçe Kaymakamlıklarına

(İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü)

Tüm Anaokulu ve Bünyesinde Anasınıfı

Bulunan Okul Müdürlüklerine



T.C
MUŞ VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı :99962567-4.49.01.00/
Konu :Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı
Uygulamaları


Muş Halk Sağlığı Müdürlüğü

S.No : 7121 Tarih : 06.11.2015
Gön Böl : AİLE VE TOPLUM SAĞLIĞI
Eki : Konu : VE DİŞ SAĞLIĞI
GİDEN

MUŞ İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Kurumumuzun 2014-2017 yılları arasında yapacağı faaliyetleri kapsayan Stratejik Planında "Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini geliştirerek sürdürmek" yer almaktadır. Bu doğrultuda 2015-2016 eğitim öğretim yılında, koruyucu ağız ve diş sağlığı çalışmaları kapsamında üzere 60 ayını doldurmuş olan ana sınıfı öğrencilerine koruyucu flor uygulamasına başlanacaktır. İlimizde bulunan ve uygulamanın yapılacağı okul yöneticilerinin, öğretmenlerinin ve 60 ayını doldurmuş olan ana sınıfı öğrencileri ebebeynlerinin konu hakkında bilgilendirilmesi ve yazımız ekinde gönderilen veli onam formu aracılığıyla velilerin onaylarının alınması hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Ali ŞAKAR
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK: Veli Onam Formu (1 Sayfa)

Tarandı
Sırrı SALUVAN
09...11/11/2015



..... 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 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 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 dişetinde yarası bulunan,

..... 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 :