

..... 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. 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.

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 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,

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

Bu sayfa sağlık çalışanı tarafından doldurulacaktır.

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

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

Tarih .../.../.....

Sınıf Mevcudu

İmza.....

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

20..... / 20..... EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI

..... İl 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

.....

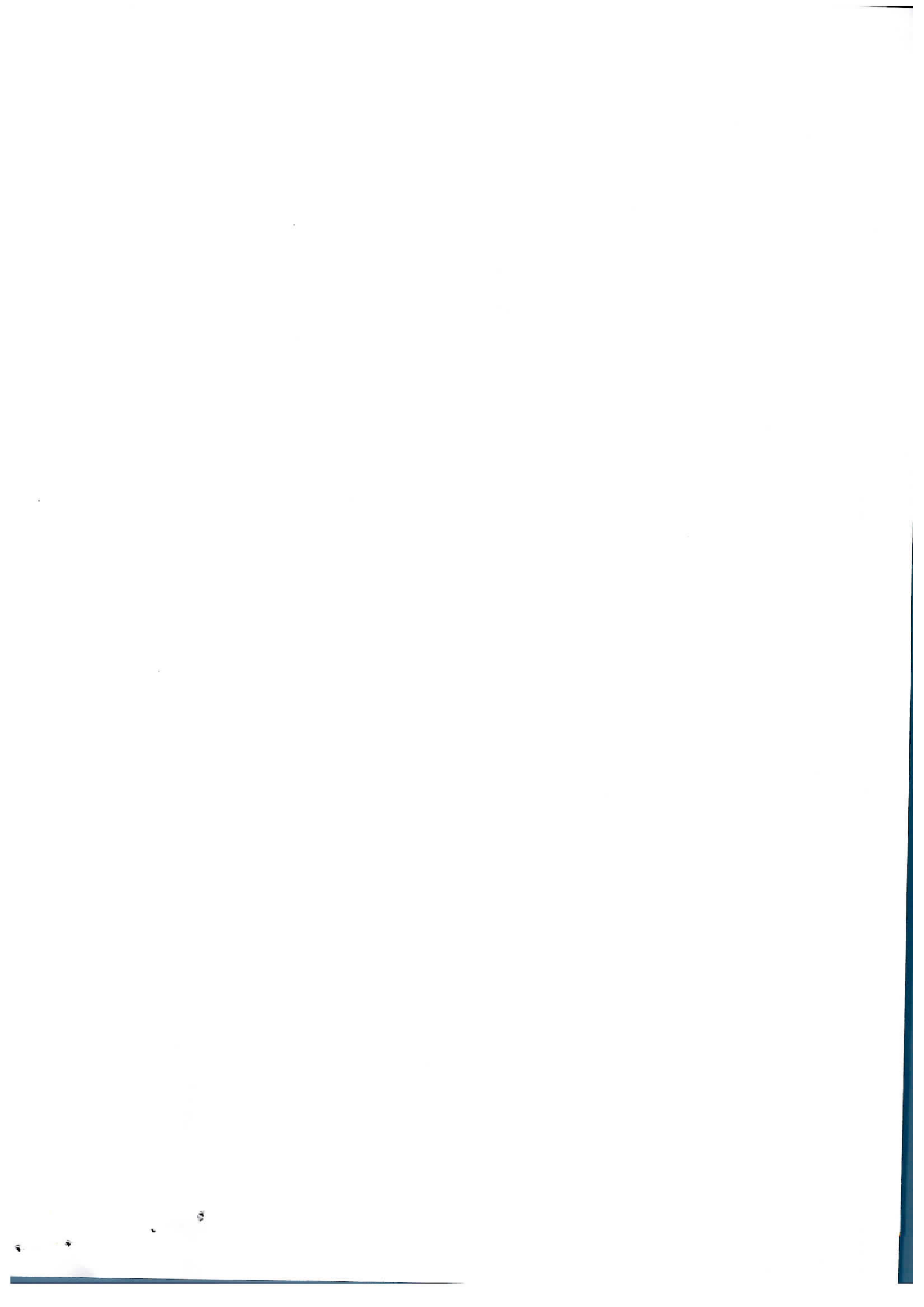
Eğitim Durumu

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

Velisi olduğunuz öğrenci hakkında aşağıda 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"/> Fırçalıyor <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.





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

20..... / 20..... EĞİTİM-ÖĞRETİM YI

Toplum Sağlığı Merkezi

Bu sayfa, florürlü vernik uygulaması için onam veren ya da vermeyen tüm veliler tarafın

doldurulacaktır.

Öğrencinin:

TC. Kimlik Numarası

Adı Soyadı

Okul/Kurum Adı

Sınıf/Şube

Doğum Tarihi

Cinsiyeti

Öğrenci Velisinin:

Adı Soyadı

Telefon Numarası

Eğitim Durumu

Ortaokul

Lise

Yükseköğül / Üniversite

Okur-yazar değil Okur-yazar İlköğül

TC. Kimlik Numarası

Adı Soyadı

Okul/Kurum Adı

Sınıf/Şube

Doğum Tarihi

Cinsiyeti

Öğrenci Velisinin:

Adı Soyadı

Telefon Numarası

Eğitim Durumu

Ortaokul

Lise

Yükseköğül / Üniversite

Okur-yazar değil Okur-yazar İlköğül

1. Ortodontik tedavi gördü mü/ görüyor mu?

Hayır

Evet

3. Kendisine ait diş fırçası var mı?

Yok

Var

4. Diş fırçalama sıklığı nedir?

Fırçalıyor

Düzensiz fırçalıyor

Günde 1 kez fırçalıyor

Günde 2-4 kez fırçalıyor

Hayır

Evet

6. En son diş hekimine gitme nedeni nedir?

Hiç gitmedi

Ağrı veya yakınma

Tedavi veya tedavi takibi

Yakınma olmaksızın yılda en az

bir kez düzenli kontrol için

Nedenini hatırlamıyorum

Not: Tablodaki alan her soru için sadece bir seçenek işaretlenmelidir.