



T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayfa No:1 / 2

BİRİM/BÖLÜM

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

BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN

Adı Soyadı:
Tarih/ İmza:

VELİ

Adı Soyadı:
Tarih/ İmza:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e67b2271-fb04-4a19-b94d-a26c12359952 kodu ile erişebilirsiniz.

F01/ Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



TC Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayfa No:2 / 2

BİRİM/BÖLÜM

.....İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

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 reaksiyon 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 fır 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 durumunu göz önünde tutarak, bu işlemi meydana gelecek değişiklikleri bildireceğimi kabul ediyorum.

BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN

VELİ

Adı Soyadı:

Tarih/ İmza:

Adı Soyadı:

Tarih/ İmza:



TC Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

**KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
MUAYENE TAKİP FORMU
YETİŞKİN (2-B)**

Sayfa No:1 / 2

BİRİM/BÖLÜM

.....İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

Muayenesi Gerçekleştirilen Kişinin Bulunduğu:

Kurum/Kuruluş Adı

Kurum /Kuruluş Telefon No

Bu sayfa, ağız diş muayenesi yapılan kişi tarafından doldurulacaktır.

TC. Kimlik Numarası

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adı Soyadı

.....

Doğum Tarihi

..... /..... /.....

Cinsiyeti

Kadın Erkek

Eğitim Durumu

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

Tablo 1*

1. Ortodontik tedavi gördünüz mü/görüyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
2. Diş eti kanamanız var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Fırçalamayla var <input type="checkbox"/> Kendiliğinden var
3. Kendinize ait diş fırçanız var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
4. Diş fırçalama sıklığınız nedir?	<input type="checkbox"/> Fırçalamıyorum <input type="checkbox"/> Düzensiz fırçalıyorum <input type="checkbox"/> Günde 1 kez fırçalıyorum <input type="checkbox"/> Günde 2-4 kez fırçalıyorum
5. Ara yüz fırçası/diş ipi kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
6. En son diş hekimine gitme nedeniniz nedir?	<input type="checkbox"/> Hiç gitmedim <input type="checkbox"/> Ağrı veya yakınma nedeniyle <input type="checkbox"/> Tedavi veya tedavi takibi için <input type="checkbox"/> Yakınma olmaksızın yılda en az bir kez düzenli kontrol için <input type="checkbox"/> Nedenini hatırlamıyorum

**Tablo1'deki tüm sorularda sadece 1 seçenek işaretlenmelidir.*