



T.C.
SALİHLİ KAYMAKAMLIĞI
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 42388394-136-E.18819265
Konu : Okullarda Koruyucu Ağız ve Diş
Sağlığı Uygulamaları

10.10.2018

DAĞITIM YERLERİNE

- İlgi : a) Manisa İl Milli Eğitim Müdürlüğünün 05.10.2018 tarih ve 18474074 sayılı yazısı.
b) İl Sağlık Müdürlüğü Toplum ve Göç Sağlığı Biriminin 24.09.2018 tarih ve 19691 sayılı yazısı.

Sağlık Bakanlığı ile Bakanlığımız arasında imzalanan protokol gereği Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün yönergeleri doğrultusunda okullarda koruyucu ağız ve diş sağlığı çalışmaları yapılacak olup ilgili çalışma İl Sağlık Müdürlüğü Toplum ve Göç Sağlığı Birimi tarafından yürütülecektir.

İlçemizde 60 ayını doldurmuş anasınıfı, 1, 2, 3 ve 4. Sınıflara florlu vernik uygulaması (her dönem birer kere), 1. Sınıflara da tarama yapılması (yılda bir kere) ve konuyla ilgili materyal dağıtımını sağlanacak olup ilgi yazı ekinde alınan okullarda kullanılacak formlar ilişikte gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

Cemal ŞENGÜL
Müdür a.
Şube Müdürü

Ek: Yazı ve Ekleri (11 Sayfa)

Dağıtım:

- 1-Tüm Resmi/Özel Anaokul-İlkokul-Ortaokul Müdürlükleri
2-Hafsa Sultan Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Müd.

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır.

10.10.2018

Serpil ŞENGÜL
Şef



T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 61418984-136-E.18474074
Konu : Okullarda Koruyucu Ağız ve
Diş Sağlığı Uygulamaları

05.10.2018

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : İl Sağlık Müdürlüğü Toplum ve Göç Sağlığı Biriminin 24.09.2018 tarih ve 19691 sayılı yazısı.

Sağlık Bakanlığı ile Bakanlığımız arasında imzalanan protokol gereği Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün yönergeleri doğrultusunda okullarda koruyucu ağız ve diş sağlığı çalışmaları yapılacak olup ilgili çalışma İl Sağlık Müdürlüğü Toplum ve Göç Sağlığı Birimi tarafından yürütülecektir.

İlimizde 60 ayını doldurmuş anasınıfları, 1, 2, 3 ve 4. Sınıflara florlu vernik uygulaması (her dönem birer kere), 1. Sınıflara da tarama yapılması (yılda bir kere) ve konuyla ilgili materyal dağıtımını sağlanacak olup ilgi yazı ekinde alınan okullarda kullanılacak formlar ilişikte gönderilmiştir.

Bu bağlamda;

- Yukarıda açıklaması bulunan 5 şubedeki öğrencilerin T.C. Kimlik numarası, isim ve soy isim yazılı sınıf listelerinin sınıflarda hazır bulundurulması,
- Uygulamalar öncesi dağıtılacak ekli formların Okul öncesi ve İlkokul Müdürlüklerine dağıtımının yapılması,
- Müdürlüğünüzce belirlenecek olan program sorumlularının isim, soy isim, ünvan ve iletişim bilgilerinin 09.10.2018 tarihine kadar tarafımıza bildirilmesi gerekmektedir.

Gereğini rica ederim.

İsmail ÇETİN
Vali a.
Millî Eğitim Müdürü

Ek: Formlar (10 sayfa)

Dağıtım:
17 İlçe Kaymakamlığına (İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü)



T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
EĞİTİM BİLGİ FORMU
ÖĞRENCİ (1-A)

Sayfa No:1 / 2

BİRİM/BÖLÜM

İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

EĞİTİM ÖĞRETİM YILI: /

1) EĞİTİMİN VERİLDİĞİ;

İl
İlçe
Mahalle/Köy
Okul
Okul Telefon No

2) EĞİTİM SORUMLUSUNUN;

Adı ve Soyadı/Mesleği

T.C. Kimlik No.

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

Çalıştığı Kurum/Kuruluş

3) EĞİTİM KONULARI

Eğitim; eğitim verilen yaş grubunun eğitim ihtiyaçlarına ve önceliklerine göre belirlenerek planlanmalıdır. Kutucuklara, okulda, içinde bulunulan eğitim öğretim yılında, o konu hakkında gerçekleştirilen toplam **eğitim sayısı** girilecektir.

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Ağız diş sağlığı ve genel sağlık ilişkisi |
| <input type="checkbox"/> | 2. Oral hijyen eğitimi (firçalama, diş ipi kullanımı gibi) |
| <input type="checkbox"/> | 3. Süt dişlerinin önemi |
| <input type="checkbox"/> | 4. Ortodontik tedavinin önemi |
| <input type="checkbox"/> | 5. Beslenme ve çürük |
| <input type="checkbox"/> | 6. Dental erozyon |
| <input type="checkbox"/> | 7. Dental travmalar |
| <input type="checkbox"/> | 8. Periodontal hastalıklar |
| <input type="checkbox"/> | 9. Diş hekimliğinde koruyucu uygulamalar |
| <input type="checkbox"/> | 10. Diğer (Belirtiniz) |



TC Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
EĞİTİM BİLGİ FORMU
ÖĞRENCİ (1-A)

Sayfa No:2 / 2

BİRİM/BÖLÜM

İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

4) EĞİTİMİN VERİLDİĞİ :

Sınıf	Eğitim Verilen Öğrenci Sayısı	Sınıf	Eğitim Verilen Öğrenci Sayısı	Sınıf	Eğitim Verilen Öğrenci Sayısı
Ana Sınıfı		5. Sınıf		9. Sınıf	
1. Sınıf		6. Sınıf		10. Sınıf	
2. Sınıf		7. Sınıf		11. Sınıf	
3. Sınıf		8. Sınıf		12. Sınıf	
4. Sınıf					

5) EĞİTİM VERİLEN TOPLAM ÖĞRENCİ SAYISI:

6) OKULDA VERİLEN TOPLAM EĞİTİM SAYISI:

7) DAĞITILAN MATERYAL SAYISI

	Ana Sınıf	1. Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf	5. Sınıf	6. Sınıf	7. Sınıf	8. Sınıf	9. Sınıf	10. Sınıf	11. Sınıf	12. Sınıf	TOP LAM
Diş Fırçası														
Diş Macunu														
Afiş /Poster														
Broşür														
Kitapçık														
Diğer*														

(* Dağıtılan materyal:

Tarih: ... / ... / 20....

Eğitim Sorumlusunun İmzası:



TC Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü

KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
EĞİTİM BİLGİ FORMU
YETİŞKİN (I-B)

Sayfa No:1 / 2

BİRİM/BÖLÜM

İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

1) EĞİTİMİN VERİLDİĞİ;

İl

İlçe

Mahalle/Köy

Kurum/Kuruluş

Kurum/Kuruluş Telefon No:

2) EĞİTİM SORUMLUSUNUN;

Adı ve Soyadı/Mesleği

T.C. Kimlik No

Çalıştığı Kurum/Kuruluş

3) EĞİTİM KONULARI

Eğitim; eğitim verilen yaş grubunun eğitim ihtiyaçlarına ve önceliklerine göre belirlenerek planlanmalıdır. Kutucuklara, o konu hakkında gerçekleştirilen toplam eğitim sayısı girilecektir.

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Ağız diş sağlığı ve genel sağlık ilişkisi |
| <input type="checkbox"/> | 2. Oral hijyen eğitimi (fırçalama, diş ipi kullanımı gibi) |
| <input type="checkbox"/> | 3. Süt dişlerinin önemi |
| <input type="checkbox"/> | 4. Ortodontik tedavinin önemi |
| <input type="checkbox"/> | 5. Beslenme ve çürük |
| <input type="checkbox"/> | 6. Dental erozyon |
| <input type="checkbox"/> | 7. Dental travmalar |
| <input type="checkbox"/> | 8. Periodontal hastalıklar |
| <input type="checkbox"/> | 9. Diş hekimliğinde koruyucu uygulamalar |
| <input type="checkbox"/> | 10. Protez bakımı |
| <input type="checkbox"/> | 11. Gebelik ve ağız diş sağlığı |
| <input type="checkbox"/> | |



T.C. Sağlık Bakanlığı
Toksikoloji Genel Müdürlüğü

KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
EĞİTİM BİLGİ FORMU
YETİŞKİN (1-B)

Sayfa No:2 / 2

BİRİM/BÖLÜM

.....İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

12. Diğer (Belirtiniz)

4) EĞİTİM VERİLEN TOPLAM KİŞİ SAYISI:

5) VERİLEN TOPLAM EĞİTİM SAYISI:

6) DAĞITILAN MATERYAL SAYISI

	Diş Fırçası	Diş Macunu	Afiş-Poster	Broşür	Kitapçık	*Diğer
TOPLAM						

(* Dağıtılan Materyal:

Tarih: ... / ... / 20....

Eğitim Sorumlusunun İmzası:



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, sorularımızı 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:



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 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.

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 durumunda meydana gelecek değişiklikleri bildireceğimi kabul ediyorum.

BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN

Adı Soyadı:
Tarih/ İmza:

VELİ

Adı Soyadı:
Tarih/ İmza:



TC Sağlık Bakanlığı
İsmet Paşa
Genel Müdürlüğü

KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
MUAYENE TAKİP FORMU
ÖĞRENCİ (2-A)

Sayfa No:1 / 2

BİRİM/BÖLÜM

İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

20..... / 20..... EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI

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.

Bu sayfa sağlık çalışanı tarafından doldurulacaktır.

FD4/TSHEDB/00



T.C. Sağlık Bakanlığı
Millî Eğitim Bakanlığı
Genel Müdürlüğü

KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI
MUAYENE TAKİP FORMU
ÖĞRENCİ (2-A)

Sayfa No:2 / 2

BİRİM/BÖLÜM

İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

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 ayacı 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 oluşmuşsa "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 :

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

Sınıf Mevcudu:

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*

	Ortodontik	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
1. tedavi gördünüz mü/görüyorsunuz?			
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	

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

Bu sayfa sağlık çalışanı tarafından doldurulacaktır.



T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

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

Sayfa No:2 / 2

BİRİM/BÖLÜM

İL SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

Tablo 2

Taramalar sırasında aşağıdaki kodlamalar kullanılacaktır:

S: Ağızda bulunan mevcut sağlıklı diş ¹	Ç1: Kaviteleli çürük diş ²	K1: Kayıp diş (Çürük nedeniyle)
D: Doğulu diş (Çürük yok) ³	Ç2: Doğulu 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	İ: İmplant	N: Değerlendirilemeyen diş ⁹

- 1-Ağızda bir kısmını 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. Geçici dolguluların 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 dolgulular da "Ç2" olarak kodlanır.
 - 5-Konjenital olarak eksik olduğuna veya periodontal hastalık, travma, ortodontik tedavi gibi sebepler sonucu çekilmiş olduğuna karar verilen daimi dişler "K2" olarak kodlanır.
 - 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. Ağızda görülmeyen 20 yaş dişleri, çekim öyküsü yok ise "0" olarak 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 3

**Ağızda hareketli protez var mı?	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> PP (Parsiyel Protez)	<input type="checkbox"/> TP (Total Protez)
-----------------------------------	------------------------------	---	--

**PP (Parsiyel Protez) ve TP (Total Protez) seçeneklerinin her ikisi de işaretli olabilir.

Diş hekiminin T.C. Kimlik Numarası

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

Tarih : / /

İmza: