

09.10.2015

..... 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 :*

**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.*