

	FLORURLU VERNİK UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI
	BURSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ	20... /20...

UYGULAMANIN BASAMAKLARI

1. Uygulama öncesinde öğrencilere dış fırçalama eğitimi verilir. Her öğrencinin, kendi dış fırçası ve macununu kullanarak, doğru ve etkin bir şekilde dişlerini fırçalamaları sağlanır.
2. Flörlü vernik uygulaması, bir dış hekimi tarafından ya da dış hekimin gözetiminde, konu hakkında eğitim almış ebe, hemşire ve sağlık memuru tarafından gerçekleştirilir.
3. Tek kullanımlık ambalajlarda bulunan flörlü vernik, tek kullanımlık uygulama fırçası yardımıyla dış yüzeyine sürülecek uygulanır. Her çocuk için bir flörlü vernik ürün paketi kullanılır, uygulama sonrası kalan ürünü 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. Flörlü vernik uygulamasının yapıldığı gün dişler fırçalanmamak, ertesi sabah kahvaltından sonra fırçalanmamalı ve düzenli olarak, her gün, kahvaltından sonra ve gece yatmadan önce, günde 2 kez fırçalamanın yapılmasına devam edilmelidir.

FLÖRLÜ VERNİĞİN UYGULANAMAYACAĞI ÇOCUKLAR

1. Alerjik reaksiyona bağlı olarak hastaneye yatmış olan ve astım rahatsızlığı olan,
2. Recine ve şam fistığına bağlı bilinen alerjisi olan,
3. Vücutunda döküntüsü olan ya da dudaklarında, ağız içinde, dilinde ve dişte yararı bulunan,
4. Suciceğ gibi döküntülü hastalıklar geçirmekte olan çocuklara flörlü vernik uygulaması yapılmamalıdır.

UYGULAMADA KARSILASILABILECEK YAN ETKİLER

1. Uygulama esnasında öğürme refleksine bağlı olarak nadiren bulantı veya kusma gelişebilir.
2. Recine veya şam fistığı alerjisi olan çocuklarda alerjik reaksiyonlara rastlanabilir. Alerjik reaksiyonlar, ağız içinde kabartılar şeklinde görülebilir.
3. Astım hastalarında çok nadir olarak nefes darlığı gelişebilir.

Bu form, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içerisinde yürütülecek olan koruyucu ağız ve dış sağlığı çalışmaları kapsamında gerçekleştirilecek flörlü vernik uygulaması hakkında, öğrenci velilerine yönelik olarak hazırlanan aydınlatılmış onam formudur.

Lütfen, formu dikkatlice okuyunuz, sorularınızı ve anlaşlamayan hususları ilgili dış hekimine/sağlık personeline danışınız.

UYGULAMANIN GEREKÇELERİ

1. Ağız ve dış hastalıkları, toplumumuzda yaygın olarak görülen, genel sağlığı etkileyebilen ve koruyucu önlemlerle engellenebilen hastahlardır.
2. Çocuklarda en yaygın ağız ve dış hastalığı olan dış çürükler ile ilgili tedbirlerin küçük yaşlarda alınması gerekmektedir.
3. Diş çürüklerinden korunmada; sağlıklı beslenme, düzenli dış fırçalama, dış hekimi kontrolü ve flörlü uygulamalarının birlikte gerçekleştirilmesi çok önemlidir.
4. Diş yüzeyine uygulanan flörlü, çürük oluşumunu önleyici etkisi bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Her yaşta güvenle kullanılabilen flörlü vernik, okullarda uygulanabilecek en uygun koruyucu yöntemlerden biridir.
5. Bu programda, dış yüzeyine sürüldüğünde tükrük ile temas ederek kısa sürede sertleşen flörlü vernik kullanılacaktır.
6. Flörlü vernik yılda iki kez (3-6 aylık periyotlarla uygulanabilir), çürük risk düzeyi yüksek olan çocukların ise yılda dört kez uygulanabilir.

ÖNERİ: Florürlü vernik uygulaması sonrasında beklenmeyen bir etki görüldüğü takdirde vernik, diş fırçası ve diş ipi kullamlararak diş yüzeyinden temizlenir ve ilk su ile ağız çalkalatılarak çocuğun tüketimini sağları. Sonrasında çocuğun en yakın sağlık merkezine götürülmeli önerilir.

Son 6 ay içerisinde florürlü vernik / jel uygulaması yapıldı mı?

Evet Hayır

(Uygulandı ise) Uygulama tarihi...../....../....

Velisi olduğum İllkokulu sınıfında bulunan öğrencim/kızım in dişlerine florürlü vernik uygulanmasına;

Izin veriyorum.

İzin vermeyecek. 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. Cocuğumun genel sağlık durumunda meydana gelecek değişiklikleri bildireceğimi kabul ediyorum.

BİLGİLENDİRMEYİ YAPAN

VELİ

Adı Soyadı:
Telefon:

İmza:

ÖĞRENCİ VELİSİNİN EĞİTİM DURUMU:

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

VELİSİ OLDUĞUNUZ ÖĞRENCİ HAKKINDA AŞAĞIDA YER ALAN SORULARI CEVAPLAYINIZ:

1- Ortodontik tedavi gördüm mü/ görüyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
2- Dişlerini fırçalarken dış eti kanaması oluyor mu?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
3-Kendisine ait dış fırçası var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
4-Diş fırçalama sıklığı nedir?	<input type="checkbox"/> Düzensiz fırçalıyor <input type="checkbox"/> Günde 1 kez fırçalıyor <input type="checkbox"/> Günde 2-4 kez fırçalıyor
5-Ara yüz fırçası / dış ipi kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
6-En son dış hekimine gitme nedeni nedir?	<input type="checkbox"/> Tedavi veya tedavi takibi <input type="checkbox"/> Yakınma olmaksızın yılda en az bir kez düzenli kontrol için <input type="checkbox"/> Nedeminin hatırlamıyorum