



**T.C.  
KONYA VALİLİĞİ  
İl Milli Eğitim Müdürlüğü**

**Sayı : 78091609/136-E.11030641**  
**Konu: 2015-2016 Öğretim Yılı**  
**Okul Aşıları**

**28.10.2015**

**İlgi : MEB Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğünün 23.10.2015 tarihli ve 90757378-136-E.10858990 sayılı yazısı.**

Sağlık Bakanlığının genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında 2015-2016 eğitim-öğretim yılında ilkokul 1. sınıf ve 8 sınıflarda aşı uygulaması yapılacağına dair Bakanlığın ilgi yazısı ektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**Mukadder GÜRSOY**  
**İl Milli Eğitim Müdürü**

**EKİ : İlgi yazı(2 sayfa)**

**Dağıtım**  
**31 İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü**

Akçeşme Mah. Garaj Cad. 42020 Karatay /KONYA  
Tel:0332 353 30 50 Faks:0332 351 59 40  
Web : <http://konya.meb.gov.tr>  
E-Posta:konyamem@meb.gov.tr

Destek Hiz-Tesis Müdürlüğü  
Bilgi:E.SOGUKKUYU  
0332 353 30 50 (1170)  
[sosyalhizmetler42@meb.gov.tr](mailto:sosyalhizmetler42@meb.gov.tr)



T.C.  
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI  
Meslekî ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü

Sayı : 90757378-136-E.10858990  
Konu: 2015-2016 Öğretim Yılı  
Okul Aşıları

23.10.2015

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 16/10/2015 tarihli ve 21001706/131.02-1445 sayılı yazısı.

Sağlık Bakanlığının ilgi yazısında; Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında uygulanan Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimine göre, 2015-2016 öğretim yılında ilkokul 1.sınıflara KKK ve DaBT-İPA, 8. sınıflara ise Td aşısı uygulamaları yapılmakta olduğu, aynı zamanda Ülkemizde görülen kızamık vakaları nedeniyle 2012 yılından bu yana sürdürülmekte olan ana sınıflarına devam eden 48-66 aylık çocuklara yönelik KKK aşısı uygulamasına 2015-2016 öğretim yılında da devam edileceği bildirilmektedir.

Konu ile ilgili olarak halk sağlığı müdürlükleri ile birlikte hazırlanacak bilgilendirme notunun okullar aracılığı ile velilere gönderilmesi, ayrıca okul aşı uygulamalarına ait kayıt ve bildirimler için web tabanlı sistem kullanılacak olması sebebiyle aşı uygulaması sırasında uygun mekanın sağlanması ve il/ilçe millî eğitim müdürlükleri ile okul yönetimlerince gerekli desteğin sağlanması hususlarında bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Osman YILDIRIM  
Bakan a.  
Genel Müdür V.

Ek: İlgi yazı (1 sayfa)

Dağıtım:

Gereği:

B Planı

Bilgi:

Temel Eğitim Genel Müdürlüğüne

Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğüne

Özel Öğretim Kurumları Genel Müdürlüğüne

Sağlık Bakanlığına

(Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) (Ek konulmadı)

**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.*

..... 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. 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 :*