



T.C.  
SANDIKLI KAYMAKAMLIĞI  
Sandıklı Toplum Sağlığı Merkezi

AFYONKARAHİSAR SANDIKLI TOPLUM SAĞLIĞI  
MERKEZİ - AFYONKARAHİSAR SANDIKLI TOPLUM  
SAĞLIĞI MERKEZİ

30/10/2017 17:05 - 44875720 - 199 - E.1011



Sayı : 44875720/199  
Konu : Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı  
Programı

SANDIKLI İLÇE MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: Afyonkarahisar Halk Sağlığı Müdürlüğünün 30/09/2017 tarih ve E.465 sayılı yazıları.

İlgi yazı gereği; İlçemiz ve köylerinde bulunan anasınıfı ile ilkokul 1.sınıf, 2. sınıf ve 3.sınıf öğrencilerine 2 kez florürlü vernik uygulaması , ilkokul 4. Sınıf öğrencilerine 2 kez flor jel uygulaması ve ağız diş sağlığı muayenesi yapılacağından dolayı ilçemizde bulunan bütün okul öğrenci listelerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenden dolayı okul listelerinin 15 Kasım 2017 tarihine kadar elden Sandıklı İlçe Sağlık Müdürlüğüne teslim edilmesi yada sandiklisaglikgrup03@hotmail.com adresine mail yolu ile gönderilmesi gerekmektedir. Ayrıca yazının ekinde gönderilen Onam ve Muayene Formlarının tüm okullara dağıtılarak veliler tarafından doldurulmasının sağlanması hususunda;

Gereğini arz /rica ederim.

Dr. Murat KOÇKAR  
İlçe Sağlık Müdürü

**EKLER:**

1-İlgi yazı ve Ekleri

EVRAK KAYIT	
Sayı : 18110656	
Tarih : 31-10-2017	

Hisar Mah. Keçiören Cad. No: 2 Sandıklı

Faks No:02725128875

e-Posta:Binnur.Eren@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Binnur.Eren@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1d202722-e9c1-4308-a142-468bf1ea0dce kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Binnur EREN İLKHAN

Unvan:EBE

Telefon No:02725128206



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.  
AFYONKARAHİSAR VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ -  
AFYONKARAHİSAR TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ  
ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ

30/09/2017 14:30 - 35061897 - 199 - E.463



00033665012

Sayı : 35061897/199  
Konu : Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı  
Programı

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : THSK Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın 25/09/2017 tarihli ve 49654233-199-1036 sayılı yazısı.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık rastlanan sağlık sorunu olan ağız ve diş hastalıkları, 2016 yılı TÜİK verilerine göre, 0-6 yaş grubu çocuklarda ilk beş hastalık arasında, 7-14 yaş grubunda ise % 23.4 ile ilk sırada yer almaktadır. Toplumda görülme sıklığının yüksekliği, genel sağlığa olan etkileri gibi nedenlerden dolayı bahse konu hastalıklar önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmekte ve mücadelede tedaviden çok koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulaması gerektiği tüm dünyada kabul görmektedir.

- Bu gerçeklerden hareketle, Kurumumuzun 2014-2017 yılları arasında yapacağı faaliyetleri kapsayan Stratejik Plan'da "Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini geliştirerek sürdürmek" hedefine yer verilmiş; bu doğrultuda gerçekleştirilecek faaliyetlere bilimsel ve teknik destek sağlamak amacıyla oluşturulan Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Danışma Komisyonu'nun tavsiyeleriyle; Öğrenci, öğretmen ve velilere yönelik farkındalık eğitimlerinin yapılması,
- Anasınıfı ve ilkokul öğrencilerine, kademeli olarak florürlü vernik uygulanması,
- Okul sağlığı çalışmaları kapsamında, anasınıfı ve ilkokul öğrencilerinin ağız ve diş muayenelerinin gerçekleştirilmesi,
- Mevsimsel tarım işçilerinin çocukları başta olmak üzere dezavantajlı grupta yer alan öğrencilerin belirtilen hizmetlere erişimlerinin artırılması,

faaliyetlerini içeren "Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı" hazırlanmıştır.

2017-2018 eğitim öğretim yılında 60 ayını doldurmuş anasınıfı öğrencileri ile ilkokul birinci, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerine iki kez florürlü vernik uygulanması; ilkokul birinci sınıf öğrencilerinin, ilk uygulama öncesinde ağız ve diş muayenelerinin yapılması; farkındalık çalışmalarının devam ettirilmesi planlanmıştır.

Program kapsamındaki faaliyetlerin çeşitliliği ve hizmetin gerçekleştirileceği kitlenin büyüklüğü gibi nedenlerden dolayı;

Dervişpaşa Mah. Dr. Mahmut Hoca Cad. 03200 AFYONKARAHİSAR

Bilgi için: Birol AĞDACI

Faks No: 0 272 215 10 84

Unvan: TOPLUM SAĞLIĞI TEKNİSYENİ

e-Posta: birol.agdaci@saglik.gov.tr İnt. Adresi: E.Posta: hsm03.tsh@saglik.gov.tr

Telefon No: 444 0 430- 249

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 94177ae5-71b9-4fbc-ab67-136fc91afa19 kodu ile erişebilirsiniz.

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

- 1) Milli Eğitim Bakanlığı, koruyucu ağız ve diş sağlığı çalışmaları hakkında bilgilendirilmiş olup uygulamalar sırasında herhangi bir aksaklık yaşanmaması için il ve ilçe milli eğitim müdürlüklerinde görev yapan program sorumluları ile işbirliği içerisinde öğrenci listelerinin güncellenmesi ve planlamaların yapılması,
- 2) Uygulama öncesinde, okul idarecilerinin ve öğretmenlerin, uygulamalar hakkında bilgilendirilmesi,
- 3) Okul idaresi, öğretmenler, veliler, öğrenciler ile sağlık personeline yönelik olarak ağız diş sağlığı farkındalık ve sağlıklı beslenme eğitimlerinin planlanması ve gerçekleştirilmesi,
- 4) Yapılacak çalışmalara dair verilerin, thsk.gov.tr adresinde, kalite standartlarına göre revize edilmiş bir örneği yer alan formlara (FORM 1A, FORM 1B, FORM 2A, FORM 2B) kaydedilmesi ve bu formların muhafaza edilmesi hususunda gerekli tedbirlerin alınması,
- 5) Florürlü vernik uygulamaları öncesinde, thsk.gov.tr adresinde son hali yer alan Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu'nun velilere ulaştırılması; veliler tarafından imzalanmış formların uygulama sırasında hazır bulundurulmasının sağlanması,
- 6) Florürlü vernik uygulamasının mümkün olduğunca altı ay arayla gerçekleştirilebilmesi; bunun sağlanamadığı durumlarda iki uygulama arasında en az üç ay süre olmasına dikkat edilmesi,
- 7) Program kapsamında, anasınıfından itibaren ağız diş muayenesi gerçekleştirilen her öğrencinin tüm yıllara ait ağız diş muayene formlarının bir arada muhafaza edilmesi, florürlü vernik uygulama sayısının kayıt altına alınması,
- 8) Kurumumuzca tedarik edilip halk sağlığı müdürlüklerine gönderilecek olan florürlü verniklerin uygun koşullarda muhafaza edilmesi,
- 9) Uygulamalar sonrasında açığa çıkacak atık/tıbbi atıkların uygulayıcı ekip tarafından ilgili mevzuata uygun bir şekilde bertaraf edilmesi,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.  
Uzm.Dr.Lütfi AKGÜN  
Halk Sağlığı Müdürü

**Dağıtım:**

Afyonkarahisar Hsm İlçe Tsm'ler (18)

..... 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. Suçiçeği gibi döküntülü hastalıklar 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.*

**TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU**  
**KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI**  
**MUAYENE TAKİP FORMU (ÖĞRENCİ)**

*Bu sayfa sağlık çalışanı tarafından doldurulacaktır.*

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:**

<b>S:</b> Ağızda bulunan mevcut sağlıklı diş <sup>1</sup>	<b>Ç1:</b> Kaviteli çürük diş <sup>2</sup>	<b>K1:</b> Kayıp diş (Çürük nedeniyle)
<b>D:</b> Dolgulu diş (Çürük yok) <sup>3</sup>	<b>Ç2:</b> Dolgulu ve çürük diş <sup>4</sup>	<b>K2:</b> Kayıp diş (Diğer sebeplerle) <sup>5</sup>
<b>0:</b> Sürmemiş ve ağızda görülmeyen diş <sup>6</sup>	<b>F:</b> Fissür sealant uygulanmış diş	<b>T:</b> Travma <sup>7</sup>
<b>SP:</b> Kron-köprü ayağı <sup>8</sup>	<b>N:</b> Değerlendirilemeyen diş <sup>9</sup>	

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 oluşmamışsa "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**

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

Tarih .../.../.....

Sınıf Mevcudu .....

İmza.....

**TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU**  
**KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI**  
**EĞİTİM BİLGİ FORMU (ÖĞRENCİ)**

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 (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. | Diğer (Belirtiniz)                                      | ..... |



**TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU**  
**KORUYUCU AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI PROGRAMI**  
**EĞİTİM BİLGİ FORMU (ÖĞRENCİ)**

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

(\* Dağıtılan materyal: .....)

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

Eğitim sorumlusunun imzası