**دستورالعمل اجرايي**

**توافق نامه اجرايي همكاري هاي مشترك برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان**

**بين وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و وزارت آموزش و پرورش (20/12/93)**

**مقدمه**

يكي از مهمترين اهداف دست اندر كاران رشد و توسعه جامعه، تامين سلامت انسانها مي باشد كه خود نقش موثري در پيشرفت و توانمندي جامعه دارد. در اين خصوص سلامت دهان و دندان بخش مهمي از بهداشت عمومي را تشكيل مي دهد كه در كيفيت زندگي افراد نقش مهمي دارد. در اكثر كشورها توجه به افزايش سطح سلامت دانش آموزان به خصوص سطح سلامت دهان و دندان آنها، نوعي سرمايه گذاري براي نسل هاي آينده محسوب مي شود كه با طراحي مداخلات مناسب در زمينه سلامت دهان و دندان، اين امكان در آينده نه چندان دور ميسر مي گردد.

ضرورت اجراي طرح

پوسيدگي دندان شايع ترين بيماري مزمن دوران كودكي و نوجواني است كه در بين اقشار مختلف جامعه با هر نژاد، قوميت و سطح اجتماعي مشاهده مي شود. طبق آخرين بررسي هاي بعمل آمده بطور متوسط هر كودك 5 تا 6 ساله ايراني داراي 5 دندان شيري پوسيده در دهان خود مي باشد و از سن 6 تا 12 سالگي نيز ميزان پوسيدگي دندانهاي دائمي روندي افزايشي دارد.

 واضح است كه تهيه و تدارك نيروي انساني و هزينه اجراي چنين برنامه اي بسيار گزاف خواهد بود حال آنكه ارائه خدمات پيشگيري در جهت جلوگيري از ايجاد بيماريهاي دهان و دندان صرف هزينه بسيار كمتري را در پيش خواهد داشت. بهترين زمان جهت كنترل بيماريهاي دهان و دندان سنين كودكي و يكي از بهترين مكان ها جهت دسترسي به اين گروه سني مدارس ابتدايي مي باشد.

لذا در دوران خدمات دولت تدبير و اميد، در راستاي طرح تحول سلامت، توافق نامه اي بين اداره بهداشت دهان و دندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و دفتر سلامت و تندرستي وزارت آموزش و پرورش جهت ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي در تاريخ 20/12/93 منعقد گرديد. بر طبق ماده يك توافق نامه مذكور، اين برنامه براي دوره 6 ساله در نظر گرفته شده است تا با مداخلات مناسبي كه در نظر است اجرا گردد تغيير قابل توجهي در شاخص DMFT/dmft دانش آموزان مشاهده شود. اميد است با اجراي مطلوب اين برنامه، گام موثري در راستاي ارتقاي سلامت دهان و دندان آينده سازان كشور اسلامي مان برداشته شود.

**هدف كلي**

بهبود شاخص DMFT دانش آموزان مقطع ابتدايي كشور

اهداف اختصاصي

1. افزايش درصد دانش آموزان 12 ساله بدون پوسيدگي دنداني\*(35%) به ميزان 41% درطي 6 سال
2. كاهش ميزان شاخص DMFT دانش آموزان 12 ساله از \*09/2 به يك در طي 6 سال
3. افزايش ميزان F در شاخصDMFT دانش آموزان 12 ساله \*(15%) به طور متوسط ساليانه 3%
4. كاهش ميزان D در شاخصDMFT دانش آموزان 12 ساله \*(82%) به طور متوسط سالانه 3%
5. افزايش آگاهي هماهنگ كنندگان برنامه در مدارس ابتدايي در زمينه سلامت دهان و دندان دانش آموزان به ميزان سالانه 5% نسبت به سال پايه
6. افزايش سطح آگاهي والدين در زمينه سلامت دهان و دندان دانش آموز سالانه 5%
7. افزايش سطح آگاهي دانش آموزان 12 ساله در زمينه سلامت دهان و دندان سالانه 5%
8. پوشش حداقل90% دانش آموزان ابتدايي براي تكميل شناسنامه الكترونيك سلامت دهان و دندان در طي6 سال تحصيلي(به طور متوسط ساليانه براي 16% كل دانش آموزان ابتدايي شناسنامه تكميل گردد) با الويت پوشش90% دانش آموزان پايه اول ابتدايي تا پايان سال تحصيلي 95 - 94
9. پوشش90% دانش آموزان ابتدايي در طي 6 سال تحصيلي براي خدمت وارنيش فلورايدتراپي با الويت پوشش90% دانش آموزان پايه اول ابتدايي تا پايان سال تحصيلي 95-94
10. افزايش پوشش دانش آموزان ابتدايي براي دريافت خدمات درماني دندانپزشكي به طور متوسط سالانه 10% نسبت به كل نياز درماني دندانپزشكي به دست آمده از شناسنامه الكترونيك

\*عدد و درصدهاي ذكر شده مربوط به نتايج پيمايش كشوري سلامت دهان و دندان در سال 1391 است كه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي انجام شد.

**استراتژي ها**

**آموزش:**

1. تعيين وضعيت سطح آگاهي والدين، دانش آموزان و هماهنگ كنندگان برنامه در مدارس قبل و بعد از آموزش سلامت دهان و دندان
2. تهيه بسته هاي آموزشي مرتبط براي والدين، دانش آموزان و هماهنگ كنندگان برنامه در مدارس ابتدايي
3. برگزاري جلسات توجيهي و كارگاه هاي آموزشي براي والدين، دانش آموزان و هماهنگ كنندگان برنامه در مدارس ابتدايي
	* براي هماهنگ كنندگان برنامه در مدارس (مراقبين سلامت و افراد داوطلب از اولياي مدرسه):
* كد آموزش ضمن خدمت: 92101724، به ميزان20 ساعت آموزش شامل 16 ساعت نظري و 4 ساعت عملي با عنوان: بيماري هاي دهان و دندان و روش هاي تشخيص و درمان آن در دانش آموزان
1. هماهنگي هاي بين بخشي (نيروهاي در گير در وزارت بهداشت و وزارت آموزش وپرورش)
2. تهيه وسايل كمك آموزشي
3. اطلاع رساني از طريق رسانه هاي گروهي
4. آموزش هماهنگ كنندگان برنامه (در زمينه آشنايي و نحوه تكميل پرونده الكترونيك سلامت دهان و دندان دانش آموزان و ارائه خدمت وارنيش فلورايد)

**پيشگيري:**

1. تهيه برنامه نرم افزاري براي پرونده الكترونيك سلامت دهان و دندان دانش آموزان
2. تكميل شناسنامه الكترونيك سلامت دهان و دندان دانش آموزان
3. تامين وارنيش فلورايد جهت دانش آموزان
4. ارائه خدمت وارنيش فلورايد
5. استفاده از يونيت سيار در مدارس
6. جلب مشاركت والدين

**درمان:**

1. هماهنگي هاي لازم با سازمان هاي بيمه گر جهت ارائه خدمات پايه دندانپزشكي
2. ارائه خدمات دندانپزشكي تحت پوشش بيمه هاي پايه براساس مصوبه هيات دولت با تعرفه هاي مصوب
3. افزايش تعداد مراكز ارائه خدمات درماني به دانش آموزان (تامين نيروي انساني و مواد و تجهيزات دندانپزشكي، خريد خدمت، راه اندازي پايگاه هاي ثابت و سيار، فعال شدن مراكز بهداشتي درماني)
4. جلب مشاركت والدين درخصوص پيگيري درمان و دريافت خدمات مورد نياز فرزندان

**پ‍ژوهش:**

1. جلب همكاري دانشكده هاي دندانپزشكي براي انجام پژوهش ها و طرح هاي تحقيقاتي كاربردي
2. تعيين شاخص هاي سلامت دهان و دندان
3. بررسي تاثير راه اندازي پايگاه هاي ثابت و سيار در تغيير شاخص هاي سلامت دهان و دندان
4. تعيين وضعيت آگاهي و نگرش والدين، دانش آموزان و هماهنگ كنندگان برنامه در مدارس ابتدايي در زمينه سلامت دهان و دندان

**اعضاي كميته و ستادهاي اجرايي برنامه كشوري سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي**

1. اعضاي كميته مركزي راهبري

بر طبق تبصره يك بند 4-1 از ماده 4 تفاهم نامه وزارتين،‌ ستاد راهبري متشكل از افراد حقيقي و حقوقي ذيل مي باشد:

قائم مقام وزير در امور مشاركت هاي اجتماعي، سازمان هاي مردم نهاد و خيريه هاي حوزه سلامت كشور، معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي، دبير شوراي سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي، رئيس اداره بهداشت دهان و دندان، معاون تربيت بدني و سلامت وزارت آموزش وپرورش، معاون پرورشي و فرهنگي وزارت آموزش و پرورش، معاون وزير و رييس سازمان استثنايي كشور، رييس مركز مديريت شبكه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي،‌ مديركل دفتر آموزش و ارتقاي سلامت معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي، مديركل دفتر سلامت و تندرستي وزارت آموزش و پرورش، مديركل دفتر سلامت جمعيت، خانواده و مدارس و رييس اداره سلامت نوجوانان و مدارس معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي،‌ مديركل دفتر مراقبت در برابر آسيب هاي اجتماعي وزارت آموزش و پرورش، رييس مركز سلامت محيط كار معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

1. اعضاي ستاد اجرايي كشور

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي:

معاون بهداشت، دبير شوراي سلامت دهان و دندان، مشاور معاون بهداشت و رئيس اداره بهداشت دهان و دندان، رييس اداره سلامت نوجوانان و مدارس، مديركل يا نماينده تام الاختيار مركز توسعه شبكه

وزارت آموزش و پرورش:

معاون تربيت بدني و سلامت، مدير كل دفتر سلامت و تندرستي، معاون مديركل دفتر سلامت و تندرستي، رييس گروه تغذيه و سلامت، كارشناس مسئول يا كارشناس برنامه ريزي آموزش سلامت

رييس ستاد: معاون بهداشت

دبير ستاد: مشاور معاون بهداشت و رييس اداره بهداشت دهان و دندان

1. اعضاي ستاد اجرايي استان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي:

معاون بهداشت دانشگاه، كارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان، كارشناس مسئول سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس،‌كارشناس مسئول توسعه شبكه

وزارت آموزش و پرورش:

مديركل آموزش و پرورش استان، معاون تربيت بدني و تندرستي ، رييس اداره سلامت و تندرستي ، ، كارشناس مسئول يا كارشناس سلامت و تندرستي ، معاونت آموزش ابتدايي ، دعوت برحسب مورد

رييس ستاد: معاون بهداشتي

دبير ستاد: كارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان

1. اعضاي ستاد اجرايي شهرستان (منطقه يا ناحيه)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي:

مدير شبكه بهداشت و درمان/ رئيس مركز بهداشت، كارشناس مسئول بهداشت دهان ودندان شهرستان، كارشناس مسئول سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس،‌كارشناس مسئول توسعه شبكه

وزارت آموزش و پرورش:

مدير آموزش و پرورش شهرستان / منطقه / ناحيه، معاونت پرورشي و تربيت بدني، كارشناس مسئول يا كارشناس سلامت و تندرستي، معاونت آموزش ابتدايي، دعوت برحسب مورد

رييس ستاد: مدير شبكه يا رييس مركز بهداشت

دبير ستاد: كارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان

**فلوچارت** تشكيلاتي برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي

**سال تحصيلي 95-94**

كميته مركزي راهبري

ستاد اجرايي كشور

ستاد اجرايي استان

ستاد اجرايي شهرستان /منطقه /ناحيه

برنامه ريزي و نظارت بر نحوه عملكرد در محل هاي اجراي برنامه

مراكزبهداشتي درماني (شيفت صبح و عصر)

مدارس ابتدايي تحت پوشش برنامه

مراكز خصوصي و دانشكده هاي دندانپزشكي (خريد خدمت شده)

**پايگاه هاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان (ثابت و سيار)**

شرح وظيفه ستادهاي اجرايي برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي

شرح وظيفه ستاد اجرايي كشوري :

\*تشكيل جلسات كشوري حداقل هر ماه يك بار و درصورت ضرورت در زمان هاي تعيين شده

\*تهيه و تدوين جدول گانت جهت اجراي طرح

\*تدوين دستورالعمل اجرايي ، فرم هاي آماري و اطلاعاتي،‌ چك ليست ها و ....

\*تعيين يك نفر به عنوان مسئول پاسخگويي به سوالات و مشكلات احتمالي

\*تعيين گردش كار و روشن نمودن وظايف محوله به هر بخش

\*توجيه روساي ادارات سلامت و تندرستي آموزش و پرورش ، كارشناسان مسئول بهداشت دهان و دندان و كارشناسان مسئول سلامت نوجوانان و مدارس معاونت هاي بهداشتي كشور

\* برآورد بودجه و اعتبار مورد نياز

\*تامين و توزيع مواد مصرفي و لوازم و تجهيزات مورد نياز

\*تهيه بسته آموزشي

\*تهيه وتوزيع وسايل كمك آموزشي(پوستر، پمفلت و..........)

\*آماده سازي اذهان عمومي براي اجراي طرح از طريق صدا و سيما و ساير رسانه هاي گروهي

\*نظارت ،پايش و ارزشيابي از اجراي برنامه

\*ارسال پسخوراند به كميته مركزي

شرح وظيفه ستاد اجرايي استان :

\*تشكيل جلسات ستاد استاني حداقل هر ماه يك بار و درصورت لزوم جلسات افزايش يابد

\*تهيه جدول گانت جهت اجراي برنامه (انجام برنامه ريزي لازم جهت آموزش، پيشگيري و درمان) و بازديد از روند اجراي برنامه

\*تعيين يك نفر به عنوان مسئول پاسخگويي به سوالات و مشكلات احتمالي

\*تعيين گردش كار و روشن نمودن وظايف محوله به هر بخش

\*آموزش و توجيه كارشناسان مسئول بهداشت دهان و دندان شهرستان ها و كارشناسان مسئول سلامت نوجوانان و جوانان و مدارس و كارشناسان مسئول سلامت و تندرستي آموزش و پرورش شهرستان/منطقه/ناحيه (برگزاري جلسات توجيهي و كارگاه هاي آموزشي)

\*توزيع مواد مصرفي، لوازم و تجهيزات مورد نياز

\*برآورد و توزيع وسايل كمك آموزشي

\*آگاه سازي اذهان جامعه در زمينه اجراي طرح از طريق صدا و سيما وساير رسانه هاي گروهي

\*نظارت ، پايش و ارزشيابي از اجراي برنامه و ارسال بازخورد به دبيرخانه ستاد كشوري هر 3 ماه يك بار

شرح وظيفه ستاد اجرايي شهرستان(منطقه/ناحيه):

 \* تشكيل جلسات ستاداجرايي شهرستان حداقل هر ماه يك بار و بنا بر ضرورت در زمان هاي تعيين شده

\* تهيه جدول گانت جهت اجراي برنامه

\*تعيين يك نفر به عنوان مسئول پاسخگويي به سوالات و مشكلات احتمالي

\* برگزاري جلسات آموزشي توجيهي براي عوامل اجرايي در سطح شهرستان و ارسال صورتجلسه به دبيرخانه ستاد اجرائي استان

\* جمع آوري اطلاعات مرتبط به مدارس ابتدايي،‌ مراكز بهداشتي درماني، خانه هاي بهداشت، پايگاه هاي بهداشتي عوامل اجرايي برنامه

\* برنامه ريزي و اجراي برنامه هاي آموزشي براي هماهنگ كنندگان برنامه

\* آموزش به عوامل اجرايي درگير طرح و توزيع وسايل كمك آموزشي و محتواي آموزشي

\* دريافت و تكثير فرم هاي آماري و اطلاعاتي

\* هماهنگي جهت اجراي وارنيش فلورايد تراپي براي دانش آموزان مقطع ابتدايي

\* پايش وارزشيابي برنامه و ارائه پسخوراند به دبيرخانه ستاد استاني هر 3 ماه يك بار

روش اجراي طرح

1. برگزاري جلسه كميته طرح تحول سلامت دهان و دندان و مطرح نمودن برنامه ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان (جهت توجيه و انجام هماهنگي هاي لازم)
2. توجیه و هماهنگي با معاون بهداشتی و واحدهای مرتبط درون بخش (از جمله واحد نوجوانان، جوانان و مدارس)
3. انجام هماهنگی های لازم با آموزش و پرورش
4. هماهنگي با واحدهای بهداشت دهان و دندان زیر مجموعه
5. تشكيل ستاد استان و ستاد شهرستان
6. تعیین درصد جمعیت دانش آموزی تحت پوشش برنامه
7. اعلام اقلام مورد نیاز اجرای برنامه (وارنيش فلورايد، يونيت سيار، تبلت و .... )
8. تعیین نیروهای اجرایی درون و برون بخشي
9. برآورد بودجه مورد نیاز اجرای برنامه براي سال تحصيلي 95-94 با توجه به برنامه عملياتي
10. دریافت اقلام آموزشی مورد نیاز (از جمله، پوستر، كتاب دانستني ها و ...)
11. توزیع اقلام دریافتي و وسایل کمک آموزشی در محل های تعیین شده توسط اداره بهداشت دهان و دندان
12. برگزاری جلسات توجیهی و آموزشی برای نیروهای اجرایی درون بخشي
13. برگزاری جلسات توجیهی و آموزشی برای نیروهای اجرایی برون بخشي
14. برگزاری جلسات آموزشی کتاب دانستنی های سلامت دهان و دندان برای مجریان برنامه در مدارس (توجه شود كه اين جلسات بايستي در سه ماهه پاييز- مهر، آبان و آذر ماه- صورت گيرد.)
15. انجام پری تست و پست تست از مجریان برنامه، دانش آموزان 12 ساله و والدينو تعیین میزان درصد افزایش آگاهی
16. تدوين و تنظيم فرم قرارداد جهت خريد خدمت مطابق با استانداردها و قوانين هر دانشگاه/دانشكده
17. عقد قرارداد با مراكز خصوصي جهت ارائه خدمات دندانپزشكي به دانش آموزان
18. ارتقا و فعال سازي واحدهاي بهداشت دهان و دندان مراكز بهداشتي درماني جهت ارائه خدمات دندانپزشكي و عقد قرارداد با بيمه
19. هماهنگي با دانشكده هاي دندانپزشكي جهت ارائه خدمات دندانپزشكي به دانش آموزان (در صورت امكان)
20. راه اندازي پايگاه هاي ثابت و استفاده از يونيت هاي سيار مطابق با دستورالعمل اجرايي پايگاه هاي سلامت دهان و دندان دانش آموزي
21. هماهنگي با آموزش و پرورش درخصوص تعيين محل هاي پايگاه هاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان
22. اجرای برنامه در سطح مدارس ابتدایی تحت پوشش برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزی :
	1. آموزش براي گروه هاي درگير در برنامه ( از جمله هماهنگ كنندگان برنامه در مدارس ابتدايي، دانش آموزان ابتدايي و اولياي آنها و ...)
	2. تكميل شناسنامه الكترونيك دانش آموزي بر طبق برنامه نرم افزاري تحويلي و انجام وارنيش فلورايدتراپي كودكان
	3. ارائه خدمات دندانپزشكي
23. براي اجراي برنامه كشوري سلامت دهان و دندان، يك نفر هماهنگ كننده بايستي از مدرسه معرفي گردد كه در مدارس داراي مراقب سلامت، فرد هماهنگ كننده همان مراقب سلامت خواهد بود كه با همكاري مدير مدرسه هماهنگي هاي لازم را عهده دار خواهد شد و در مدارس بدون مراقب سلامت، هماهنگي ها بر عهده فرد داوطلب معرفي شده از مدرسه، خواهد بود.
24. به مراقبين سلامت ورابطان سلامت آموزش ديده كه داوطلب تكميل شناسنامه الكترونيك سلامت دهان و دندان و انجام وارنيش فلورايدتراپي براي دانش آموزان ابتدايي در ساعات غير موظف باشند، حق الزحمه بر اساس تفاهم نامه في مابين، تعيين و پرداخت گردد.
25. نظارت و پایش برنامه
26. گزارش گيري ماهيانه بر طبق برنامه نرم افزاري تحويلي
27. تهیه گزارش نهایی و استخراج شاخص های برنامه

نكات قابل توجه:

* تكميل شناسنامه الكترونيك دانش آموزان و انجام وارنيش فلورايدتراپي بايستي در طي مهر، آبان و حداكثر تا پانزدهم آذر ماه انجام شود.
* ارائه خدمات دندانپزشكي به دانش آموزان نيز بايستي در طي ماه هاي آذر، دي، بهمن و اسفند صورت گيرد.
* به ازاي هر 1500 تا 2500 نفر جمعيت دانش آموزان ابتدايي برنامه ريزي جهت ارائه سطح يك خدمات دهان و دندان صورت گيرد (آموزش، تكميل شناسنامه ،‌وارنيش فلورايد)
* به ازاي هر 5000 تا 7000 نفر جمعيت دانش آموزان ابتدايي برنامه ريزي جهت ارائه سطح دو خدمات صورت گيرد(ترميم،‌ كشيدن، ‌فيشورسيلنت،‌ جرمگيري)
* افزايش حجم خدمات در مراكز دولتي جهت افزايش سهم خدمات بخش دولتي(اجراي طرح كارانه،‌خريد خدمت و ...)
* اگر قرار است برنامه در تعدادي از مدارس اجرا گردد اولويت با مدارس مروج سلامت است.
* در مدارس فاقد مراقب سلامت كه تحت پوشش برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي هستند، بايستي حتماً يك نفر به عنوان هماهنگ كننده برنامه در مدرسه به ستاد شهرستان معرفي گردد و از مزايا و وظايف بند 24 بهره مند شود.

فرم ها

# فرم شماره 1

# فرم اطلاعات برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان مقطع ابتدايي كه بايستي در مدرسه موجود باشد و دراختيار ستاد اجرايي شهرستان قرار گرفته باشد.

# فرم شماره 2

# فرم اطلاعات برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان مقطع ابتدايي كه بايستي در واحد ستادي شهرستان موجود باشد و دراختيار ستاد اجرايي استان قرار گرفته باشد.

# فرم شماره 3

# فرم اطلاعات برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان مقطع ابتدايي كه بايستي در واحد ستادي استان موجود باشد و دراختيار ستاد اجرايي كشوري قرار گرفته باشد.

# فرم شماره 4

# فرم رضايت نامه والدين براي انجام وارنيش فلورايدتراپي دندان هاي فرزندان شان كه بايستي به عنوان مستندات در مدرسه نگهداري شود و عندالزوم در اختيار عوامل اجرايي برنامه(وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و آموزش و پرورش) قرار گيرد.

# فرم شماره 5

# بايستي يك نسخه از فرم شماره 5 (گواهي انجام وارنيش فلورايد) در مدرسه و يك نسخه آن در ستاد اجرايي شهرستان موجود باشد.

# نكته:

# موارد مربوط به ثبت اطلاعات و جمع بندي آن ها در خصوص تكميل شناسنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي (شامل : اطلاعات دموگرافيك، نيازهاي درماني و خدمات ارائه شده) و ارائه خدمت وارنيش فلورايد به صورت الكترونيك در نرم افزاري كه قبلاً تهيه شده و در اختيار مسئولين محترم بهداشت دهان و دندان قرار داده شده است، صورت مي گيرد.

# فرم شماره 6

**چك ليست هاي نظارتي (فرم هاي 6 – الف، 6-ب و 6-ج) برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان مقطع ابتدايي كه بايستي در ستاد اجرايي شهرستان و استان موجود باشد.**

**فرم شماره 7**

 **فرم شناسنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزي**

فلوچارت ثبت اطلاعات فرم هاي برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي

سال تحصيلي 95 - 94

**ثبت اطلاعات فرم 1 در مدرسه توسط هماهنگ كننده برنامه**

**ارسال يك نسخه از اين اطلاعات از مدرسه به واحد ستادي مربوطه در آموزش و پرورش منطقه**

**ارسال يك نسخه از اين اطلاعات (فرم شماره 2) به واحد مربوطه در آموزش و پرورش استان و به واحدهاي مربوطه( دهان و دندان و مدارس) در معاونت بهداشت استان**

**جمع بندي اطلاعات فرم هاي شماره 3 در ستاد اجرايي كشوري**

**يك نسخه در دسترس واحد مربوطه در وزارت آموزش و پرورش، ‌يك نسخه در دسترس واحدهاي مربوطه (دهان و دندان و مدارس) در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي**

**ارسال يك نسخه از اين اطلاعات (فرم شماره3) به واحد مربوطه در وزارت آموزش و پرورش و به واحدهاي مربوطه (دهان و دندان و مدارس) در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي**

**جمع بندي اطلاعات فرم شماره 2 در قالب فرم شماره 3 در ستاد اجرايي استان**

**يك نسخه در دسترس واحد مربوطه در آموزش و پرورش استان،‌ يك نسخه در دسترس واحدهاي مربوطه (دهان و دندان و مدارس) در معاونت بهداشت استان**

**جمع بندي اطلاعات فرم شماره 1 در قالب فرم شماره 2 در ستاد اجرايي شهرستان**

**يك نسخه اطلاعات در دسترس واحد مربوطه در آموزش و پرورش منطقه،‌يك نسخه در دسترس واحدهاي مربوطه (دهان و دندان و مدارس) در مركز بهداشت شهرستان**

فرم شماره 1

**جدول 1- مشخصات مدرسه**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **استان** |  | **نام مدرسه** |  |
| **شهرستان** |  | **آدرس مدرسه** |  |
| **منطقه** |  | **شماره تلفن مدرسه** |  |
| **شهري □ روستايي □** | **پسرانه □ دخترانه □ مختلط □**  | **نوبت صبح □ نوبت عصر □** |
| **تعداد كل دانش آموزان ابتدايي** | **تعداد دانش آموزان ابتدايي به تفكيك پايه** |
| **اول** | **دوم** | **سوم** | **چهارم** | **پنجم** | **ششم** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**جدول 2- اطلاعات مربوط به برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تكميل شناسنامه الكترونيك سلامت دهان ودندان □** | **ارائه خدمت وارنيش فلورايدتراپي****نوبت اول □ نوبت دوم □** | **ارائه خدمات درماني دندانپزشكي □** |
| **تعداد كل دانش آموزان تحت پوشش خدمت وارنيش فلورايدتراپي** | **تعداد دانش آموزان ابتدايي تحت پوشش خدمت وارنيش فلورايدتراپي به تفكيك پايه در هر نوبت** |
| **اول** | **دوم** | **سوم** | **چهارم** | **پنجم** | **ششم** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **وجود يونيت سيار در مدرسه □** **وجود يونيت ثابت در مدرسه □** | **تعداد يونيت**  | **وجود نيروي ارائه دهنده خدمات سلامت دهان و دندان □** |
| **سيار** | **ثابت** |
|  |  | **تعداد دندانپزشك** | **تعداد بهداشتكار دهان و دندان** | **تعداد كاردان بهداشت دهان** | **تعداد نيروهاي آموزش ديده** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**جدول 3- مشخصات هماهنگ كننده برنامه در مدرسه**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام نام خانوادگي هماهنگ كننده برنامه در مدرسه :** | **سمت:**  |
| **نام و نام خانوادگي رابط پايگاه در مدرسه :** | **سمت:**  |

**جدول 4- اطلاعات مربوط به وسايل كمك آموزشي موجود در مدرسه**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع وسايل كمك آموزشي** | **تعداد** | **نوع وسايل كمك آموزشي** | **تعداد** | **نوع وسايل كمك آموزشي** | **تعداد** |
| **كتاب دانستني هاي سلامت دهان و دندان** |  |  |  |  |  |
| **ماكت دندان و مسواك** |  |  |  |  |  |
| **نخ دندان** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **براي والدين** | **براي دانش آموزان** |
|  |  |

**جدول 5- تعداد جلسات آموزشي برگزار شده**

**نام و نام خانوادگي مدير مدرسه: تاريخ ، مهر و امضاء:**

**نام و نام خانوادگي هماهنگ كننده برنامه در مدرسه: تاريخ ، امضاء:**

تذكر: **درخصوص جدول 4، اگر علاوه بر سه مورد ذكر شده وسايل ديگر كمك آموزشي توزيع شده است، در ستون هاي مجاور قيد شوند.**

فرم شماره 2

**جدول 1- مشخصات مدارس در سطح شهرستان** (منطقه/ناحيه)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **استان** |  | **تعداد كل مدارس** | **تعداد مدارس** | **پسرانه** | **دخترانه** | **مختلط** |
| **شهرستان** |  |  |  |  |  |
| **تعداد مناطق** |  | **شهري**  | **روستايي** |  |
|  |  |
| **تعداد كل دانش آموزان شهرستان** | **تعداد دانش آموزان ابتدايي شهرستان به تفكيك پايه** |
| **اول** | **دوم** | **سوم** | **چهارم** | **پنجم** | **ششم** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**جدول 2- اطلاعات مربوط به برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي در سطح شهرستان**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تعداد مدارس تحت پوشش خدمت وارنيش فلورايدتراپي**  | **تعداد كل دانش آموزان تحت پوشش خدمت وارنيش فلورايدتراپي**  | **تعداد دانش آموزان ابتدايي تحت پوشش خدمت وارنيش فلورايدتراپي به تفكيك پايه** |
| **اول** | **دوم** | **سوم** | **چهارم** | **پنجم** | **ششم** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد مدارسي كه درآنها از يونيت سيار استفاده شده است**  | **تعداد كل يونيت هاي استفاده شده در مدارس** | **تعداد نيروهاي ارائه دهنده خدمات سلامت دهان و دندان**  |
|  | **سيار** | **ثابت** |
| **تعداد مدارسي كه درآنها از يونيت ثابت استفاده شده است** |  |  | **دندانپزشك** | **بهداشتكار دهان و دندان** | **كاردان بهداشت دهان** | **نيروهاي آموزش ديده** |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**جدول 3- مشخصات هماهنگ كنندگان برنامه در مدارس سطح شهرستان**

|  |  |
| --- | --- |
| **تعداد كل هماهنگ كنندگان برنامه در مدارس سطح شهرستان** | **تعداد كل رابطين پايگاه هاي سلامت دهان و دندان در سطح شهرستان** |
|  |  |

**جدول 4- اطلاعات مربوط به وسايل كمك آموزشي موجود در مدارس سطح شهرستان**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع وسايل كمك آموزشي** | **تعداد كل** | **نوع وسايل كمك آموزشي** | **تعداد كل** | **نوع وسايل كمك آموزشي** | **تعداد كل** |
| **كتاب دانستني هاي سلامت دهان و دندان** |  |  |  |  |  |
| **ماكت دندان و مسواك** |  |  |  |  |  |
| **نخ دندان** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **براي والدين** | **براي دانش آموزان** |
|  |  |

**جدول 5- تعداد كل جلسات آموزشي برگزار شده در شهرستان**

**نام و نام خانوادگي (كارشناس مسئول/كارشناس سلامت و تندرستي شهرستان/منطقه/ناحيه): تاريخ، مهر و امضاء:**

**نام و نام خانوادگي (مسئول بهداشت دهان و دندان شهرستان): تاريخ، مهر و امضاء:**

تذكر: **درخصوص جدول 4، اگر علاوه بر سه مورد ذكر شده وسايل ديگر كمك آموزشي توزيع شده است، در ستون هاي مجاور قيد شوند.**

فرم شماره 3

**جدول 1- مشخصات مدارس استان (دانشگاه/دانشكده)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **استان** |  | **تعداد كل مدارس** | **تعداد مدارس** | **پسرانه** | **دخترانه** | **مختلط** |
| **تعداد شهرستان** |  |  |  |  |  |
| **تعداد مناطق** |  | **شهري**  | **روستايي** |  |
|  |  |
| **تعداد كل دانش آموزان استان** | **تعداد دانش آموزان ابتدايي استان به تفكيك پايه** |
| **اول** | **دوم** | **سوم** | **چهارم** | **پنجم** | **ششم** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**جدول 2- اطلاعات مربوط به برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي در استان (دانشكده/دانشگاه)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تعداد مدارس تحت پوشش خدمت وارنيش فلورايدتراپي در استان**  | **تعداد كل دانش آموزان تحت پوشش خدمت وارنيش فلورايدتراپي در استان** | **تعداد دانش آموزان ابتدايي تحت پوشش خدمت وارنيش فلورايدتراپي در استان به تفكيك پايه** |
| **اول** | **دوم** | **سوم** | **چهارم** | **پنجم** | **ششم** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد مدارس در استان كه در آنها يونيت سيار استفاده شده است**  | **تعداد كل يونيت هاي استفاده شده در مدارس استان** | **تعداد نيروهاي ارائه دهنده خدمات سلامت دهان و دندان در استان**  |
|  | **سيار** | **ثابت** |
| **تعداد مدارس در استان كه در آنها يونيت ثابت استفاده شده است**  |  |  | **دندانپزشك** | **بهداشتكار دهان و دندان** | **كاردان بهداشت دهان** | **نيروهاي آموزش ديده** |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**جدول 3- مشخصات هماهنگ كنندگان برنامه در مدارس استان (دانشكده/دانشگاه)**

|  |  |
| --- | --- |
| **تعداد كل هماهنگ كنندگان برنامه در مدارس استان** | **تعداد كل رابطين پايگاه هاي سلامت دهان و دندان در استان** |
|  |  |

**جدول 4- اطلاعات مربوط به وسايل كمك آموزشي موجود در مدارس استان (دانشكده/دانشگاه)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع وسايل كمك آموزشي** | **تعداد كل** | **نوع وسايل كمك آموزشي** | **تعداد كل** | **نوع وسايل كمك آموزشي** | **تعداد كل** |
| **كتاب دانستني هاي سلامت دهان و دندان** |  |  |  |  |  |
| **ماكت دندان و مسواك** |  |  |  |  |  |
| **نخ دندان** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **براي والدين** | **براي دانش آموزان** |
|  |  |

**جدول 5- تعداد جلسات آموزشي برگزار شده در استان**

**نام و نام خانوادگي (رييس اداره سلامت و تندرستي استان): تاريخ،‌ مهر و امضاء:**

**نام و نام خانوادگي (مسئول بهداشت دهان و دندان استان): تاريخ، مهر و امضاء:**

تذكر: **درخصوص جدول 4، اگر علاوه بر سه مورد ذكر شده وسايل ديگر كمك آموزشي توزيع شده است، در ستون هاي مجاور قيد شوند.**

#  فرم شماره 4

**وزارت آموزش و پرورش**

**معاونت تربيت بدني و سلامت- دفتر سلامت و تندرستي**

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي**

**معاونت بهداشت- اداره بهداشت دهان و دندان**

**طرح تحول سلامت دهان و دندان**

**گامي ديگر در راستاي اجراي برنامه تحول نظام سلامت**

**والدين گرامي**

**سلامت دهان و دندان بخش مهمي از سلامت عمومي است كه در كيفيت زندگي افراد جامعه به ويژه كودكان نقش چشمگيري دارد ولي در كشور ما به دليل عدم دسترسي مناسب افراد به دريافت خدمات دندانپزشكي از يك طرف و از سوي ديگر عدم توجه كافي والدين و كودكان به اين امر، ميزان پوسيدگي دندان ها بالا رفته است.**

**استفاده از روش هاي پيشگيري از پوسيدگي دنداني به طور يقين مي تواند از هزينه هاي گزاف درمان هاي دندانپزشكي و عواقب از دست دادن دندان هاي شيري و دائمي در سنين پايين جلوگيري نمايند. به اين منظور از ابتداي سال 1394 طرح تحول سلامت دهان و دندان دانش­آموزان با همكاري وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و وزارت آموزش و پرورش با هدف پيشگيري و كاهش ميزان پوسيدگي دندان دانش آموزان اجرا مي شود.**

**اين برنامه شامل چند مرحله آموزش، معاينه، تعيين نيازهاي درماني و ارائه خدمات پيشگيري و درماني مي باشد و اولين قدم جهت ارتقاي سلامت دهان و دندان، تكميل شناسنامه دندانپزشكي دانش آموزان است.**

**با توجه به اينكه فلورايدتراپي دركاهش پوسيدگي دنداني بسيار موثر است، پس از معاينه وتكميل شناسنامه الكترونيكي دندانپزشكي با استفاده از وارنيش فلورايد مقاومت دندانها در مقابل پوسيدگي دنداني افزايش داده مي شود.**

**وارنيش فلورايد مايعي غلیظ، چسبنده و حاوي فلورايد است كه استفاده از آن آسان، بدون درد و ناراحتي و بدون نياز به بي حسي بوده و به راحتي توسط برس هاي يكبار مصرف برروي دندان هاي كودك ماليده مي شود و يك تجربه دندانپزشكي خوشايند براي كودك محسوب مي شود. وارنيش هاي فلورايد غالباً باعث تغيير رنگ موقتي دندان(زردرنگ) مي گردد كه با گذشت زمان و پس از جذب فلورايد ، با پاك شدن وارنيش از سطح دندان اين تغيير رنگ از بين مي رود.**

**توصيه ها:**

1. **بهتر است قبل از انجام وارنيش فلورايد، كودك دندان هاي خود را مسواك زده باشد.**
2. **بين 2 تا 4 ساعت پس از انجام وارنيش فلورايد بهتر است از خوردن پرهيز نمايد، ولي لازم است تا 30 دقيقه پس از وارنيش فلورايدتراپي از خوردن غذاهاي سفت و نوشيدني داغ حتماً اجتناب شود و دانش آموز فقط تا پايان روز نبايستي از مسواك و نخ دندان استفاده نمايد تا وارنيش فلورايد فرصت بيشتري جهت تماس با دندان داشته باشد.**
3. **جهت اثر بخشي اين ماده لازم است با نظر دندانپزشك حداقل دو بار در سال از آن استفاده كرد.**

|  |
| --- |
| **فرم ثبت نام در طرح تحول سلامت دهان و دندان و دريافت خدمت وارنيش فلورايد** |
| **اينجانب ..................................ولي/ سرپرست دانش آموز.................................... با كدملي .............................................****با پايه تحصيلي ..................... كه در مدرسه ................................... تحصيل مي نمايد، بدينوسيله همكاري و رضايت خود را جهت ثبت نام در طرح تحول سلامت دهان و دندان و دريافت رايگان خدمت وارنيش فلورايد فرزندم ، اعلام مي نمايم.****آيا فرزند شما بيماري خاصي دارد؟ خير 🞏 بلي 🞏 نام بيماري: .................... نام داروهاي مصرفي:......................****فرزند شما تحت پوشش كدام بيمه درماني مي باشد؟****تامين اجتماعي🞏 خدمات درماني 🞏نيروهاي مسلح🞏 ساير بيمه ها: 🞏 نام ببريد:****تاريخ: امضا: تلفن همراه:** |

# فرم شماره 5

# فرم گواهي انجام وارنيش فلورايد در مدرسه براي ارائه دهنده خدمت

**احتراماً گواهي مي گردد:**

**در تاريخ ............................ در مدرسه ....................................، پس از رويت رضايت‌نامه والدين، وارنيش فلورايدتراپي توسط سركار خانم/ جناب آقاي............................... براي ............ نفر دانش‌آموز انجام و آموزش‌هاي پس از فلورايدتراپي ارايه گرديد.**

**همچنين جهت ................. نفر دانش آموزان غايب يا جامانده، وارنيش فلورايد در تاريخ .......................... توسط ايشان انجام گرديد.**

 **نام و امضاء مدير مدرسه:**

**تاريخ:**

فرم 6 - الف

چك ليست نظارتي برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي در سطح مدارس

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **عنوان فعاليت** | **امتياز كسب شده** | **امتياز**  |
| **1** | **آيا فرم شماره 1 تكميل شده، در مدرسه موجود مي باشد؟ (فرم تكميل شده مشاهده شود)**  |  | **1** |
| **2** | **آيا يك نسخه از فرم شماره 1 به واحد ستادي مربوطه در آموزش و پرورش منطقه تحويل داده شده است؟ (2 ماه يك بار)** |  | **1** |
| **3** | **آيا مدير مدرسه آگاهي لازم را نسبت به اجراي اين برنامه در مدرسه دارد؟** |  | **1** |
| **4** | **آيا فرد هماهنگ كننده برنامه در مدرسه، در جلسات توجيهي و آموزشي مربوطه شركت كرده است؟ (گواهي شركت در جلسه را داشته باشد.)** |  | **1** |
| **5** | **آيا براي والدين دانش آموزان جلسات توجيهي و آموزشي در ارتباط با اين برنامه برگزار شده است؟ (مستندات چك شود)** |  | **1** |
| **6** | **آيا براي دانش آموزان جلسات آموزشي برگزار شده است؟(مستندات چك شود)** |  | **1** |
| **7** | **آيا دانش آموزان روش صحيح مسواك زدن را ياد گرفته اند؟ (از 5 دانش آموز خواسته شود تا روش صحيح آن را نشان دهند)** |  | **2** |
| **8** | **آيا دانش آموزان روش صحيح نخ دندان را ياد گرفته اند؟ (از 5 دانش آموز خواسته شود تا روش صحيح آن را نشان دهند)** |  | **2** |
| **9** | **آيا تكميل شناسنامه الكترونيك سلامت دهان و دندان دانش آموزي انجام شده است؟** |  | **2** |
| **10** | **آيا براي ارائه خدمت وارنيش فلورايد، از والدين رضايت نامه كتبي گرفته شده است؟** |  | **1** |
| **11** | **آيا ارائه خدمت وارنيش فلورايد در اين مدرسه صورت مي گيرد؟** |  | **2** |
| **12** | **آيادندانپزشك /بهداشتكار دهان ودندان/كاردان بهداشت دهان از روپوش سفيدتميز موقع كار استفاده مي كند؟** |  | **1** |
| **13** | **آيا دندانپزشك/بهداشتكار دهان و دندان/كاردان بهداشت دهان از دستكش وماسك موقع كار استفاده مي كند؟** |  | **1** |
| **14** | **آيا مواد مصرفي مورد نياز درمحل موجوداست؟(وارنيش ، ست يكبار مصرف)** |  | **1** |
| **15** | **آيا امكانات مناسب جهت ارائه خدمت وجود دارد؟ (وجود مكان جداگانه براي ارائه خدمت فلورايدتراپي، صندلي براي دندانپزشك و كودك، سطل زباله و ...)** |  | **1** |
| **16** | **آيا شناسنامه الكترونيك به طور صحيح تكميل مي شود؟ (به طور تصادفي براي سه نفر كه شناسنامه تكميل مي شود، بررسي گردد.)** |  | **2** |
| **17** | **آيا والدين/سرپرست مدرسه از خدمت ارائه شده به فرزند/دانش آموزان رضايت دارند؟** |  | **1** |
| **18** | **آيا والدين/سرپرست مدرسه از نحوه برخورد دندانپزشك /بهداشتكار دهان و دندان/كاردان بهداشت دهان رضايت دارند؟** |  | **1** |
| **19** | **آيا دندانپزشك/بهداشتكار دهان و دندان/كاردان بهداشت دهان از همكاري مدير، هماهنگ كننده برنامه / رابط پايگاه در مدرسه رضايت دارد؟** |  | **1** |
| **20** | **آيا دانش آموز مي داند چه ملاحظاتي را پس از اتمام كار بايد انجام دهد؟** |  | **1** |
| **21** | **آيا والدين/سرپرست مدرسه اطلاع دارند كه چه ملاحظاتي را پس از اتمام كار بايستي براي كودكشان/دانش آموزان رعايت كنند؟** |  | **1** |
| **22** | **آيا مراجعه بعدي براي دريافت مجدد اين خدمت به والدين/سرپرست مدرسه گفته شده است؟** |  | **1** |
| **23** | **آيا در مدرسه جهت ارائه خدمات سلامت دهان و دندان از يونيت سيار يا ثابت استفاده مي شود؟** |  | **1** |

**جمع امتياز كسب شده: نام و نام خانوادگي و سمت تكميل كننده چك ليست: تاريخ و امضاء**

فرم 6 - ب

 چك ليست نظارتي برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي براي ستاد اجرايي شهرستان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **عنوان فعاليت** | **امتياز كسب شده** | **امتياز**  |
| **1** | **آيا فرم شماره 2 تكميل شده و در واحد موجود مي باشد؟ (مشاهده فرم شماره 2)**  |  | **1** |
| **2** | **آيا يك نسخه از فرم شماره 1 در واحد ستادي مربوطه در آموزش و پرورش منطقه وجود دارد؟ (مشاهده تعدادي از فرم هاي شماره 1)** |  | **1** |
| **3** | **آيا اعضاي ستاد اجرايي شهرستان نسبت به اين برنامه و نحوه اجراي آن توجيه هستند؟** |  | **1** |
| **4** | **آيا جدول گانت برنامه تكميل و فعاليت ها بر طبق آن صورت گرفته است؟ (مشاهده مستندات)** |  | **2** |
| **5** | **آيا جلسات ستاد اجرايي شهرستان به طور منظم برگزار مي گردد؟ (صورتجلسات مشاهده شود)**  |  | **1** |
| **6** | **آيا جلسات توجيهي و آموزشي براي عوامل اجرايي در سطح شهرستان برگزار گرديده است؟(مشاهده صورتجلسات)** |  | **1** |
| **7** | **آيا اعضاي ستاد اجرايي شهرستان از نحوه اجراي برنامه بازديد به عمل مي آورند؟ (نمونه هايي از چك ليست هاي تكميل شده مشاهده شود)** |  | **1** |
| **8** | **آيا پس خوراند بازديدها براي زير مجموعه تابعه و ستاد اجرايي استان ارسال مي گردد؟ (نمونه نامه هاي ارسالي مشاهده شود)** |  | **1** |
| **9** | **آيا يك نسخه از فرم شماره 2 براي ستاد اجرايي استان ارسال شده است؟ (3 ماه يك بار)** |  | **1** |
| **10** | **آيا وسايل كمك آموزشي سلامت دهان و دندان دريافت و توزيع شده است؟ (نامه هاي مربوطه مشاهده شود)** |  | **2** |
| **11** | **آيا مواد مصرفي، لوازم و تجهيزات مورد نياز تامين و توزيع شده است؟(بررسي مستندات مربوطه)** |  | **2** |
| **12** | **آيا در مدارس تحت پوشش برنامه جهت ارائه خدمات سلامت دهان و دندان از يونيت سيار يا ثابت استفاده مي شود؟ (بررسي مستندات)** |  | **2** |
| **13** | **آيا خريد خدمت صورت گرفته است؟ (بررسي مستندات)** |  | **2** |
| **14** | **آيا مراكز بهداشتي درماني تحت پوشش طرف قرارداد با بيمه براي ارائه خدمات جهت دانش آموزان قرار گرفته اند؟ (بررسي مستندات)** |  | **2** |

 **جمع امتياز كسب شده: نام و نام خانوادگي و سمت تكميل كننده چك ليست: تاريخ و امضاء**

فرم 6 - ج

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **عنوان فعاليت** | **امتياز كسب شده** | **امتياز**  |
| **1** | **آيا فرم شماره 3 تكميل شده و در واحد موجود مي باشد؟ (مشاهده فرم شماره 3)**  |  | **1** |
| **2** | **آيا يك نسخه از فرم شماره 2 در واحد ستادي وجود دارد؟ (مشاهده تعدادي از فرم هاي شماره 2)** |  | **1** |
| **3** | **آيا اعضاي ستاد اجرايي استان نسبت به اين برنامه و نحوه اجراي آن توجيه هستند؟** |  | **1** |
| **4** | **آيا جدول گانت برنامه تكميل و فعاليت ها بر طبق آن صورت گرفته است؟ (مشاهده مستندات)** |  | **2** |
| **5** | **آيا جلسات ستاد اجرايي استان به طور منظم برگزار مي گردد؟ (صورتجلسات مشاهده شود)**  |  | **1** |
| **6** | **آيا جلسات توجيهي و آموزشي براي مسئولين مربوطه در سطح شهرستان برگزار گرديده است؟ (مشاهده صورتجلسات)** |  | **1** |
| **7** | **آيا اعضاي ستاد اجرايي استان از نحوه اجراي برنامه بازديد به عمل مي آورند؟ (نمونه هايي از چك ليست هاي تكميل شده مشاهده شود)** |  | **1** |
| **8** | **آيا پس خوراند بازديدها براي زير مجموعه تابعه و ستاد اجرايي كشوري ارسال مي گردد؟ (نمونه نامه هاي ارسالي مشاهده شود)** |  | **1** |
| **9** | **آيا يك نسخه از فرم شماره 3 براي ستاد اجرايي كشوري ارسال شده است؟ (3 ماه يك بار)** |  | **1** |
| **10** | **آيا وسايل كمك آموزشي سلامت دهان و دندان دريافت و توزيع شده است؟ (نامه هاي مربوطه مشاهده شود)** |  | **2** |
| **11** | **آيا مواد مصرفي، لوازم و تجهيزات مورد نياز تامين و توزيع شده است؟(بررسي مستندات مربوطه)** |  | **2** |
| **12** | **آيا در مدارس تحت پوشش برنامه جهت ارائه خدمات سلامت دهان و دندان از يونيت سيار يا ثابت استفاده مي شود؟ (بررسي مستندات)** |  | **2** |
| **13** | **آيا خريد خدمت صورت گرفته است؟ (بررسي مستندات)** |  | **2** |
| **14** | **آيا مراكز بهداشتي درماني تحت پوشش طرف قرارداد با بيمه براي ارائه خدمات جهت دانش آموزان قرار گرفته اند؟ (بررسي مستندات)** |  | **2** |
| **15** | **آيا جلب همكاري دانشكده دندانپزشكي براي ارائه خدمات سلامت دهان به دانش آموزان صورت گرفته است؟** |  | **2** |
| **16** | **آيا جلسات كميته تحول سلامت برگزار شده است؟** |  | **1**  |

چك ليست نظارتي برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي براي ستاد اجرايي استان

**جمع امتياز كسب شده: نام و نام خانوادگي و سمت تكميل كننده چك ليست: تاريخ و امضاء**

فرم شماره 7

**جمهوري اسلامي ايران**

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي**

**معاونت بهداشت- اداره بهداشت دهان و دندان**

طرح ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

**نام: نام خانوادگی: نام پدر: جنسیت: دختر□ پسر□**

**بیمه: تاًمین اجتماعی□ خدمات درمانی□ بیمه سلامت ایرانیان□ خدمات درمانی نیروهای مسلح□ کمیته امداد امام خمینی □ بیمه ندارد□**

**تاريخ تولد:**

**آدرس:**

**تلفن ثابت:**

**تلفن همراه والدین:**

**کد ملی دانش آموز:**

**پایه: اول ابتدایی□ دوم ابتدایی□ سوم ابتدایی□ چهارم ابتدایی□ پنجم ابتدایی□ ششم ابتدایی□**

**پیش دبستانی□ مهدکودک□ سایر□**

**نام معاینه کننده: نام ثبت کننده اطلاعات:**

**نام مدرسه:**

**بیماری خاص در صورت وجود؟**

**بیمار چه نوع دارویی مصرف می کند؟**

نیازهای درمانی/ درمان های انجام شده:

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 A B C D E E D C B A

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 A B C D E E D C B A

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نیازهای درمانی:

**1 : نیاز به خارج کردن دندان 2 : نیاز به درمان تخصصی**

**3 : نیاز به ترمیم دندان 4 : نیاز به سیلانت تراپی**

**نیاز به جرم گیری دارد□**

**نياز به درمان تخصصي: ارتودنسی□ جراحی□ پروتز□ درمان ریشه□ پریو□ درمان تخصصی اطفال□**

**Caries free□ □ هیچ مشکلی ندارد**

**وارنیش فلوراید تراپی شده است؟ خیر□ نوبت اول □ نوبت دوم □**

**تاریخ وارنیش: سال: ماه: روز:**

 درمان های انجام شده:

5 **– خارج کردن دندان 6 – درمان تخصصی**

**7 – ترمیم دندان 8 – سیلانت تراپی**

**9 – پالپوتومی**

**جرم گیری انجام شده □**

سوالات پيش آزمون و پس آزمون هماهنگ كنندگان برنامه در مدارس

(كتاب دانستني هاي سلامت دهان و دندان)

1. **در طول شب بزاق ..................ترشح می شود، اسید تولید شده توسط میکروبها قدرت تخریبی............... دارد.**

**الف- کم-کم ب- کم-زیاد ج- زیاد- زیاد د- زیاد-کم**

1. **در خصوص مسواک زدن برای کودکان بالای 6 سال کدامیک از موارد ذیل نادرست می باشد؟**

**الف- دندانهای بالا و پایین باید جداگانه مسواک شود.**

**ب- مسواک زدن از قسمت عقب یک سمت دهان شروع می شود.**

**ج- هنگام مسواک کردن باید موهای مسواک با زاویه 45 درجه با محور عرضي دندان در سطح خارجی دندان قرار گیرد.**

**د- منظور از حرکت لرزشی در مسواک، زدن حرکات سریع و کوتاه به سمت عقب و جلو بدون جابجایی مسواک می باشد.**

1. **در خصوص استفاده از مسواک برقی کدام عبارت غلط است؟**

**الف- این مسواک ها جهت برداشتن ساده تر پلاک در افراد استفاده می شود.**

**ب- بیشتر برای کودکان زیر 6 سال توسط دندانپزشکان توصیه می شود.**

**ج- این نوع مسواک جایگزین مناسبی برای مسواک دستی می باشد.**

**د- در بچه های با توان کم بدنی و ذهنی، بیماران بستری و افرادی که تحت درمان ارتودنسی ثابت قرار می گیرند توصیه می شود**.

1. **در خصو ص نخ دندان کدام عبارت ذیل نادرست می باشد.**

**الف- با نخ دندان می توان سطوح بین دنداني را تمیز کرد.**

**ب- هدف اصلي از تمیز کردن نواحی بین دنداني خارج کردن تکه های غذایی بین دندانها می باشد.**

**ج- نوع نخ دندان مورد استفاده فرد بر اساس سهولت استفاده، علاقه شخصی فرد و توصیه دندانپزشک می باشد.**

**د- استفاده از نخ دندان در کودکان برای نواحی بین دندان با تماس های نزدیک ضروری است**.

1. **در خصوص درجه پوسیدگی زایی مواد غذایی کدام عبارت نادرست می باشد؟**

**الف- شکل ماده غذایی مدت زمان تماس دندان با ماده غذایی را مشخص می کند.**

**ب- مواد قندی مثل آب نبات که به آهستگی در دهان حل می شوند دارای خاصیت پوسیدگی زایی بیشتر می باشد.**

**ج- تنقلاتی که قدرت چسبندگی بیشتری به سطح دندانها دارند میزان پوسیدگی زایی آنها بیشتر خواهد بود.**

**د- هرچه دفعات مصرف مواد غذایی حاوي مواد قندي بیشتر باشد، احتمال ابتلا به پوسیدگی كمتر می شود.**

1. **در خصوص ساختمان دندان کدامیک از عبارتهای زیر نادرست است؟**

**الف- مغز دندان در زیر لایه عاج قرار گرفته است.**

**ب- ریشه دندان از خارج به داخل شامل سيمان ، عاج ، مغز دندان می باشد.**

**ج- لایه عاج در زیر مینای دندان قرار گرفته است و بر خلاف مینا زنده است.**

**د- مینای دندان بر خلاف عاج در مقابل تحریکات حساسیت نشان می دهد.**

1. **کدام عبارت در خصوص پلاک میکروبی صحیح است؟**

**الف- در اثر تمیز نکردن جرم، پلاک میکروبی ایجاد می شود.**

**ب- پلاک میکروبی به صورت مرتب روی دندانها تشکیل می شود.**

**ج- پلاک میکروبی با مسواک تمیز نمی شود.**

**د- پلاک میکروبی بر روی دندان رنگ صورتی دارد و با چشم دیده می شود.**

1. **عوامل موثر درایجاد پوسیدگی دندان کدامند؟**

**الف- مواد قندی، مواد غذایی، میکروبها، زمان**

**ب- میکروبها، بیماری فرد، مواد غذایی، ژنتیک دندان**

**ج- زمان، مواد قندی، مقاومت شخص و دندان، میکروبها**

**د- مواد غذایی، میکروبها، باکتریها، ژنتیک دندان**

1. **کدامیک از مشخصات لثه سالم نمی باشد؟**

**الف- رنگ صورتی ب- گرد بودن لبه لثه**

**ج- قوام سفت و محکم د- تبعیت شکل لثه از شکل و طرز قرار گرفتن دندان ها**

1. **در خصوص التهاب لثه (ژنژیویت) کدام عبارت درست است؟**

**الف- ژنژیویت مرحله ابتدایی بیماری لثه است**

**ب- لثه در التهاب لثه با مسواک زدن دچار خونریزی می شود**

**ج- تورم و قرمزی در لثه های بیمار دیده نمی شود**

**د- پاسخ الف و ب صحیح می باشد**

1. **در خصوص آفت دهان کدام عبارت نادرست است؟**

**الف- آفت دهان روی گونه، لب و کف دهان بروز می کند**

**ب- حداکثر پس از دو هفته بهبود می یابد**

**ج- آفت دهان دوباره عود نمی کند**

**د- به صورت زخم های سفید رنگ کوچک می باشد**

1. **کدامیک از پاسخ هاي زير از عوامل خارجی بوی بد دهان می باشد؟**

**الف- دندانهای پوسیده عفونی**

**ب- پروتزهای دندانی نامناسب**

**ج- بیماریهای بینی و سینوزیت**

**د- بيماري هاي لثه**

1. **در خصوص اقدامات مورد نياز در زمان بيرون افتادن دندان از دهان كدام عبارت غلط است ؟**

**الف – در صورتيكه بيمار قبلا به طور كامل واكسينه نشده است و زخم آلوده باشد بايد يك نوبت واكسن كزاز به كودك تزريق شود .**

**ب- دندان بيرون افتاده را از ريشه گرفته و تاج زير فشار ملايم آب گرفته شود .**

**ج- دندان در محيط مرطوب همراه كودك به دندانپزشكي برده شود .**

**د- در صورت شكستگي تاج دندان ، تكه جدا شده را نيز با فرد ، بايد به نزد دندانپزشك برد .**

1. **در استفاده از فلورايد كداميك از عبارات ذيل غلط است ؟**

**الف – فلورايد باعث كاهش بروز پوسيدگي در دندان هاي شيري به ميزان 50-40 % مي شود .**

**ب- استفاده از قرص و قطره فلورايد از جمله روش هاي موضعي استفاده از فلورايد مي باشد .**

**ج- اگر مقدار فلورايد آب آشاميدني يك منطقه بيش از اندازه باشد ، فلوروزيس در دندان ها ديده مي شود .**

**د- فلورايد باعث افزايش مقاومت دندانها در برابر پوسيدگي مي شود .**

1. **در استفاده از فيشورسيلنت كدام عبارت صحيح است ؟**

**الف – از فيشورسيلنت جهت درمان پوسيدگي شيارهاي عميق سطح جونده استفاده مي شود .**

**ب- انجام فيشورسيلنت به تنهايي باعث كاهش احتمال پوسيدگي مي گردد .**

**ج- پس از فيشورسيلنت دندان ها ، بررسي شش ماهه و يكساله دندان هاي كودك توصيه مي گردد .**

**د- انجام فيشورسيلنت براي كليه دندانهاي دائمي كودك در سنين 7 الي 12 سال انجام مي شود .**

سوالات پيش آزمون و پس آزمون والدين

 (كتاب دانستني هاي سلامت دهان و دندان )

1. **کدام عبارت زیر در خصوص مصرف مواد غذایی نادرست است.**

**الف- خوردن هویچ، سیب تا حدودی به تمیز کردن سطح دندانها کمک می کند.**

**ب- آدامس بدون قند باعث افزایش ترشح بزاق می شود.**

**ج- خوردن آدامس بدون قند یا سیب می تواند جایگزین مسواک شود.**

**د- بعد از خوردن مواد اسیدی مانند مرکبات و مواد ترش بلافاصله مسواک نزنید.**

1. **کدام عبارت زیر در خصوص انتخاب یک مسواک، نادرست است؟**

**الف- استفاده از مسواک با جنس موهای سخت توصیه نمی شود.**

**ب- معمولاً نمی توان بیش از 3 الي 4 ماه از یک مسواک استفاده نمود.**

**ج- موهای مسواک از جنس نایلون نرم و سر موهای تیز توصیه می شود.**

**د- اندازه مسواک کودکان، کوچکتر از بزرگسالان است**.

1. **کدام عبارت زیر در خصوص خمیردندان و مسواک نادرست می باشد؟**

**الف- لازم است مسواک کردن حتماً با خمیر دندان انجام شود.**

**ب- در صورت عدم دسترسی به خمیر دندان می توان از نمک خشک و جوش شیرین استفاده کرد.**

**ج- جهت انتخاب مسواک و خمیر دندان مناسب با دندانپزشک مشورت شود.**

**د- استفاده از آب نمک رقیق به صورت دهانشویه جهت ضد عفونی کردن محیط دهان کمک کننده است.**

1. **در استفاده از نخ دندان کدامیک از عبارات زیر نادرست می باشد.**

**الف- حدود 30 تا 45 سانتیمتر از نخ دندان استفاده می شود.**

**ب- دو طرف نخ دندان در هر دو دست به دور انگشت وسط پیچیده می شود.**

**ج- نخ با حركتي شبیه اره کشیدن به آرامی به فضای بین دندانها وارد می شود.**

**د- پس از وارد شدن نخ دندان به فضای بین دندانها با حرکت عقب و جلو سطوح دندان تمیز می شود.**

1. **در خصوص قندهای موجود در مواد غذایی و درجه پوسیدگی زایی کدام عبارت نادرست می باشد؟**

**الف- قندهای موجود در میوه و سبزیجات خاصیت پوسیدگی زایی پایین دارند.**

**ب- قندهای موجود در فرآورده های لبنی از جمله پنیر، غیر پوسیدگی زا هستند.**

**ج- قندهای موجود در عسل و آب میوه طبیعی پوسیدگی زایی بالا دارند.**

**د- قندهای موجود در نوشابه ها و بیسگویت ها پوسیدگی زایی پایین دارند.**

1. **در خصوص دندان 6 سالگی کدام عبارت نادرست است؟**

**الف- محل رویش آن پشت آسیای اول شیری است.**

**ب- این دندان اولین دندان آسياي بزرگ دائمی است.**

**ج- این دندان الگوی رویش سایر دندانهای دائمی است.**

**د- این دندان جانشین دندان شیری نمی شود.**

1. **در خصوص افراد در معرض خطر پوسیدگی دندان کدام عبارت نادرست است؟**

**الف- افرا د با نقص و مشکلات فیزیکی**

**ب- کودکانی که والدینی با پوسیدگی فعال دارند.**

**ج- کودکان با رژیم غذایی حاوی میزان بالای پروتئین**

**د- افرادی با بهداشت دهان ضعیف**

1. **در خصوص ژنژيویت رویشی، کدام عبارت نادرست است؟**

**الف- در زمان رویش دندان در کودکان اتفاق می افتد.**

**ب- رویش دندان به خودی خود موجب ژنژيویت می شود.**

**ج- کودکان با تنفس دهانی بیشتر دچار التهاب لثه می شوند.**

**د- تمیز نشدن مناسب دندانها در کودکان منجر به ژنژيویت در آنها می شود.**

1. **کدام عبارت در خصوص جرم دندان نادرست است؟**

**الف- اگر پلاک میکروبی مدت طولانی روی دندان باقی بماند تبدیل به جرم می شود.**

**ب- توسط مسواک و نخ دندان از سطح دندان تمیز می شود.**

**ج- جرم دندان لایه ای سخت به رنگ زرد یا قهوه ای می باشد.**

**ه- هيچكدام**

1. **در استفاده از وارنيش فلورايد كدام عبارت غلط است ؟**

**الف- تغيير رنگ وارنيش فلورايد بر روي دندان موقتي مي باشد .**

**ب- در كودكان زير 6 سال استفاده از وارنيش فلورايد به عنوان روش ايمن، بي خطر، بدون درد و موثر توصيه ميشود.**

**چ – بلافاصله بعد از فلورايد تراپي با وارنيش فلورايد دندان ها، كودك مي تواند مسواك بزند.**

**د- بعد از استفاده از وارنيش حداقل 2 تا 4 ساعت از خوردن و آشاميدن بايد پرهيز شود .**

**سوالات پيش آزمون و پس آزمون دانش آموزان 12 ساله**

**(كتاب دانستني هاي سلامت دهان و دندان)**

1. **نخ دندان کشیدن باعث کدامیك از موارد زير می شود؟**

**الف- تمیز کردن لای دندان ها ج- زخم شدن لثه**

**ب- فاصله انداختن بین دندان ها د- خونریزی از لثه**

1. **مسواک خوب چه مسواکی است؟**

 **الف -مسواک با موهاي زبر و سفت ب- مسواک با موهای زبر و کوتاه و بلند**

 **ج- مسواک با موهاي نرم و قابل انعطاف د-مسواك با موهاي نرم وموهاي منظم ومرتب**

1. **کدام مورد بیشتر باعث پوسیدگی دندانی می شود؟**

**الف- خوردن یکدفعه 3 عدد گز**

**ب- خوردن 3عددگز در زمان های مختلف مثلاً هر يك ساعت يك گز در یک روز**

 **ج- فرقی نمی کند**

 **د- نمی دانم**

1. **کدام یک از مواد غذایی زیر بيشتر باعث پوسیدگی دندان ها می شود؟**

**الف-شیر ب-پنیر و گردو**

**ج-میوه د-آب نبات**

1. **فلوراید چه فایده ای براي دندان ها دارد؟**

**الف- باعث سفید شدن دندان ها می شود ب-باعث از بین رفتن میکروب ها می شود**

**ج-باعث محکم شدن دندان ها می شود د- باعث محکم شدن لثه ها می شود**

1. **از چه زماني پس از زدن وارنيش فلورايد مي توان مسواك كرد؟**

**الف-از دو روز بعد ب- از يك ساعت بعد**

**ج-از روز بعد د-از پنج ساعت بعد**

1. **خمير دندان داراي فلورايد چه تاثيري بر روي دندان ها نمي تواند داشته باشد؟**

**الف-باعث مقاوم تر شدن دندان ها دربرابر پوسيدگي مي شود.**

**ب-باعث ساييده شدن دندان ها مي شود.**

**ج-باعث از بين رفتن پلاك دنداني مي شود.**

**د-باعث از بين رفتن رنگدانه روي دندان ها مي شود.**

1. **كداميك از عوامل ايجاد كننده بوي بد دهان است؟**

**الف- عدم رعايت بهداشت دهان و دندان ب-بيماري هاي لثه**

**ج-دندان هاي پوسيده عفوني د- همه موارد**

1. **كداميك از موارد زير از مشخصات لثه سالم است؟**

**الف- لثه صورتي رنگ ب- لثه سفت و محكم**

**ج-لثه قرمز رنگ د- جواب هاي الف و ب هر دو درست هستند**

1. **سخت ترين قسمت دندان كدام است؟**

**الف- مغز دندان ب- ميناي دندان ج- عاج دندان د- ريشه دندان**

شاخص هاي برنامه كشوري ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي

بر اساس شناسنامه الكترونيك سلامت دهان و دندان دانش آموزي

* **پوشش بيمه اي:**
* **درصد كودكان داراي بيمه:**

**تعداد كودكان داراي بيمه**

**تعداد كل كودكان معاينه شده**

**100\***

* **نيازهاي درماني: (هم كلي و هم به تفكيك پايه هاي ابتدايي و به تفكيك دندان هاي شيري و دائمي)**
* **تعداد دندان هايي كه نياز به خارج كردن دارند**
* **درصد كودكاني كه نيازمند خارج كردن دندان مي باشند**

**تعداد كودكان نيازمند خارج كردن دندان**

**تعداد كل كودكان معاينه شده**

**100\***

* **تعداد دندان هايي كه نياز به ترميم دارند**
* **درصد كودكاني كه نيازمند ترميم دندان مي باشند**

**تعداد كودكان نيازمند ترميم دندان يدگي دندان**

**تعداد كل كودكان معاينه شده**

**100\***

* **تعداد دندان هايي كه نياز به فيشورسيلنت دارند**
* **درصد كودكاني كه نيازمند فيشورسيلنت تراپي مي باشند**

**تعداد كودكان نيازمند فيشورسيلنت تراپي**

**تعداد كل كودكان معاينه شده**

**100\***

* **درصد كودكاني كه نيازمند بروساژ و جرمگيري مي باشند**

**تعداد كودكان نيازمند بروساژ و جرمگيري**

**تعداد كل كودكان معاينه شده**

**100\***

* **درصد كودكاني كه نيازمند درمان تخصصي مي باشند**

**تعداد كودكان نيازمند درمان تخصصي**

**تعداد كل كودكان معاينه شده**

**100\***

* **درصد كودكاني كه Caries Free (داراي مجموعه دنداني سالم)مي باشند**

**تعداد كودكان Caries Free**

**تعداد كل كودكان معاينه شده**

**100\***

* **درصد كودكاني كه در حال حاضر مشكل دنداني نداشته و نيازمند دريافت خدمت نمي باشند (نه به اين معنا كه دهان عاري از پوسيدگي دارند بلكه اين عبارت به اين مفهوم است كه براي مثال ممكن است كودك يك دندانش به علت عفونت قبلاً كشيده شده باشد و يك دندان هم قبلاً ترميم شده است و در حال حاضر در دهانش مشكل دنداني خاص نداشته و نشانه اي از پوسيدگي دنداني جديد وجود ندارد)**

**تعداد كودكان بدون مشكل دنداني**

**تعداد كل كودكان معاينه شده**

**100\***

* **درمان هاي انجام شده(هم كلي و هم به تفكيك پايه هاي ابتدايي و به تفكيك دندان هاي شيري و دائمي)**
* **تعداد دندان هايي كه خارج شده اند**
* **درصد كودكاني كه خدمت كشيدن دندان را دريافت كرده اند**

**تعداد كودكاني كه خدمت كشيدن را دريافت نموده اند**

**تعداد كل كودكان نيازمند خارج كردن دندان**

**100\***

* **تعداد دندان هايي كه ترميم شده اند**
* **درصد كودكاني كه خدمت ترميم را دريافت كرده اند**

**تعداد كودكاني كه خدمت ترميم را دريافت نموده اند**

**تعداد كل كودكان نيازمند خدمت ترميم**

**100\***

* **تعداد دندان هايي كه فيشورسيلنت شده اند**
* **درصد كودكاني كه خدمت فيشورسيلنت را دريافت كرده اند**

**تعداد كودكاني كه خدمت فيشورسيلنت را دريافت نموده اند**

**تعداد كل كودكان نيازمند خدمت فيشورسيلنت**

**100\***

* **تعداد دندان هايي كه پالپوتومي شده اند**
* **درصد كودكاني كه خدمت پالپوتومي را دريافت كرده اند**

**تعداد كودكاني كه خدمت پالپوتومي را دريافت نموده اند**

**تعداد كل كودكان نيازمند خدمت پالپوتومي**

**100\***

* **درصد كودكاني كه خدمت بروساژ‍ و جرمگيري را دريافت كرده اند**

**تعداد كودكاني كه خدمت بروساژ‍ و جرمگيري را دريافت نموده اند**

**تعداد كل كودكان نيازمند خدمت بروساژ‍ و جرمگيري**

**100\***

* **درصد كودكاني كه خدمت وارنيش فلورايدتراپي را دريافت كرده اند (به تفكيك نوبت اول و هر دو نوبت)**

**تعداد كودكاني كه خدمت وارنيش فلورايدتراپي را دريافت نموده اند**

**تعداد كل كودكان معاينه شده**

**100\***

* **درصد كودكاني كه درمان تخصصي دريافت كرده اند**

**تعداد كودكاني كه درمان تخصصي را دريافت نموده اند**

**تعداد كل كودكان نيازمند درمان تخصصي**

**100\***

جدول زمانبندي فعاليت هاي برنامه ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي

سال تحصيلي 95-94

جدول زمانبندي فعاليت هاي برنامه ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدايي

سال تحصيلي 95-94

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان فعاليت ها** | **تير** | **مرداد** | **شهريور** | **مهر** | **آبان** | **آذر** | **دي** | **بهمن** | **اسفند** |
| 1 | **برگزاري جلسه كميته طرح تحول سلامت دهان و دندان و مطرح نمودن برنامه ارتقاي سلامت دهان و دندان دانش آموزان (جهت توجيه و انجام هماهنگي هاي لازم)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **توجیه و هماهنگي با معاون بهداشتی و واحدهای مرتبط درون بخش (از جمله واحد نوجوانان، جوانان و مدارس)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **انجام هماهنگی های لازم با آموزش و پرورش** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **هماهنگي با واحدهای بهداشت دهان و دندان زیر مجموعه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | **تشكيل ستاد استان و ستاد شهرستان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | **تعیین درصد جمعیت دانش آموزی تحت پوشش برنامه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | **اعلام اقلام مورد نیاز اجرای برنامه (وارنيش فلورايد، يونيت سيار، تبلت و .... )**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | **تعیین نیروهای اجرایی درون و برون بخش** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | **برآورد بودجه مورد نیاز اجرای برنامه براي سال تحصيلي 95-94 با توجه به برنامه عملياتي**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | **دریافت اقلام آموزشی مورد نیاز (از جمله، پوستر، كتاب دانستني ها و ...)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان فعاليت ها** | **تير** | **مرداد** | **شهريور** | **مهر** | **آبان** | **آذر** | **دي** | **بهمن** | **اسفند** |
| 11 | **توزیع اقلام دریافتی و توزیع وسایل کمک آموزشی در محل های تعیین شده توسط اداره بهداشت دهان و دندان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | **برگزاری جلسات توجیهی و آموزشی برای نیروهای اجرایی درون بخش**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | **برگزاری جلسات توجیهی و آموزشی برای نیروهای اجرایی برون بخش**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | **برگزاری جلسات آموزشی کتاب دانستنی های سلامت دهان و دندان برای هماهنگ كنندگان برنامه در مدارس (توجه شود كه اين جلسات بايستي در سه ماهه پاييز-مهر، آبان و آذر ماه- صورت گيرد.)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | **انجام پری تست و پست تست از مجریان برنامه، دانش آموزان 12 ساله و والدين و تعیین میزان درصد افزایش آگاهی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | **تدوين و تنظيم فرم قرارداد جهت خريد خدمت مطابق با استانداردها و قوانين هر دانشگاه/دانشكده**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | **عقد قرارداد با مراكز خصوصي جهت ارائه خدمات دندانپزشكي به دانش آموزان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | **ارتقا و فعال سازي واحدهاي بهداشت دهان و دندان مراكز بهداشتي درماني جهت ارائه خدمات دندانپزشكي و عقد قرارداد با بيمه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | **هماهنگي با دانشكده هاي دندانپزشكي جهت ارائه خدمات دندانپزشكي به دانش آموزان (در صورت امكان)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | **راه اندازي پايگاه هاي ثابت و استفاده از يونيت هاي سيار مطابق با دستورالعمل اجرايي پايگاه هاي سلامت دهان و دندان دانش آموزي**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ردیف** | **عنوان فعاليت ها** | **تير** | **مرداد** | **شهريور** | **مهر** | **آبان** | **آذر** | **دي** | **بهمن** | **اسفند** |
| 21 | **اجرای برنامه در سطح مدارس ایتدایی تحت پوشش برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزی** | **آموزش به دانش آموزان ابتدايي و والدين** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تكميل شناسنامه الكترونيك دانش آموزي بر طبق برنامه نرم افزاري تحويلي و انجام وارنيش فلورايدتراپي كودكان#** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارائه خدمات دندانپزشكي##** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | **نظارت و پایش برنامه** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | **گزارشگيري ماهيانه بر طبق برنامه نرم افزاري تحويلي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | **تهیه گزارش نهایی و استخراج شاخص های برنامه**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**# تكميل شناسنامه الكترونيك دانش آموزان و انجام وارنيش فلورايدتراپي بايستي در طي مهر و آبان ماه انجام شود.**

**## ارائه خدمات دندانپزشكي به دانش آموزان نيز بايستي در طي ماه هاي آذر، دي، بهمن و اسفند صورت گيرد.**

**توجه:**

* **به ازاي هر 1500 تا 2500 نفر جمعيت دانش آموزان ابتدايي برنامه ريزي جهت ارائه سطح يك خدمات دهان و دندان صورت گيرد (آموزش، تكميل شناسنامه ،‌وارنيش فلورايد)**
* **به ازاي هر 5000 تا 7000 نفر جمعيت دانش آموزان ابتدايي برنامه ريزي جهت ارائه سطح دو خدمات صورت گيرد(ترميم،‌كشيدن،‌فيشورسيلنت،‌جرمگيري، )**
* **افزايش مراكز ارائه دهنده خدمت و حجم خدمات در مراكز دولتي جهت افزايش سهم خدمات بخش دولتي(اجراي طرح كارانه،‌خريد خدمت و ...)**