



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^{ης} ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤ. ΠΑΡΟΧ. ΥΠΗΡ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ.ΑΛΛΗΛ.

Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη
& Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ταχ. Δ/ση: Ζαχάρωφ 3,
Ταχ. Κώδικας: 115 21, Αθήνα
Πληροφορίες: Β.Τυροβολά
Π.Πλυτά

Τηλ: 213 – 2010421

Fax: 213-2010440

E-mail: pfy@1ypatt.gr

ΕΞ.ΕΠΕΙΓΟΝ

Αθήνα
Αριθ. Πρωτ.

29-9-17
43370

Προς:

Επιστημονικά Υπεύθυνους
Κέντρων Υγείας της 1^{ης} ΥΠΕ

ΘΕΜΑ: «Έναρξη προγράμματος Προληπτικής Οδοντιατρικής για το σχολικό έτος 2017-18»

Σχετ. το υπ' αρ.πρωτ.Φ.15/114574/127039/Δ1/25-7-2017 έγγραφο της Διεύθυνσης Σπουδών Προγραμμάτων και Οργάνωσης Π.Ε., Τμήμα Γ' Μαθητικής Μέριμνας & Σχολικής Ζωής του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων

Σας ενημερώνουμε ότι κατόπιν σχετικής άδειας από το Υπουργείο Παιδείας για το Πρόγραμμα Προληπτικής Οδοντιατρικής της 1^{ης} ΥΠΕ στους μαθητές/τριες των Νηπιαγωγείων και της Α' και Β' τάξης των Δημοτικών Σχολείων για το σχολικό έτος 2017-18, οι οδοντίατροι και οι επισκέπτες υγείας των Κέντρων Υγείας μπορούν να προχωρήσουν στον σχεδιασμό των επισκέψεων στα σχολεία της περιοχής ευθύνης τους σε συνεννόηση με τους Διευθυντές τους και με την σύμφωνη γνώμη του οικείου Σχολικού Συμβούλου. Η οργάνωση της επίσκεψης στο σχολείο συνοπτικά έχει ως εξής:

1. παράδοση στο σχολείο του ενημερωτικού δελτίου για τους γονείς και προγραμματισμός της ημέρας της οδοντιατρικής εξέτασης,
2. ενημέρωση των μαθητών/τριων για την διαδικασία της οδοντιατρικής εξέτασης και παρουσίαση των οδηγιών οδοντιατρικής πρόληψης και στοματικής υγιεινής με απλά λόγια την ημέρα της εξέτασης και εκμάθηση βουρτσίσματος με τη χρήση του εκμαγείου.
3. απλή οδοντιατρική επισκόπηση της στοματικής κοιλότητας του κάθε μαθητή με γλωσσοπίεστρο μιας χρήσης εκτός από τους μαθητές που οι γονείς τους δεν έχουν συναινέσει εγγράφως στην εξέταση,
4. συμπλήρωση του βιβλιαρίου υγείας του μαθητή με τα ευρήματα της εξέτασης (σφραγίσματα ή ορθοδοντική εκτίμηση) ή συμπλήρωση του δελτίου επικοινωνίας για τους γονείς στην περίπτωση που ο μαθητής δεν έχει προσκομίσει το βιβλιάριο υγείας,

5. παράδοση του βιβλιαρίου ή του δελτίου επικοινωνίας στον μαθητή μαζί με το έντυπο με τις οδηγίες στοματικής υγιεινής και πρόληψης.

6. παράδοση στο/η δάσκαλο/α της τάξης του έντυπου αξιολόγησης μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, μαζί με τον προπληρωμένο φάκελο, με την παράκληση να το συμπληρώσει και να το αποστείλει στην 1^η ΥΠΕ. (δειγματοληπτικά σε περιορισμένο αριθμό σχολείων και εφόσον παραδοθούν οι προπληρωμένοι φάκελοι στα Κέντρα Υγείας)

Σας επισημαίνουμε ότι η καταγραφή των ευρημάτων θα γίνεται μόνο στα βιβλιάρια υγείας των μαθητών (ανάγκη για σφραγίσματα ή για ορθοδοντική εκτίμηση). Το έντυπο επικοινωνίας με τους γονείς χρησιμοποιείται στην περίπτωση όπου ο μαθητής/τρια δεν έχει προσκομίσει το βιβλιάριο υγείας του. Επίσης κατά η διάρκεια της εξέτασης συμπληρώνεται το ατομικό δελτίο και δίνεται σε κάθε μαθητή/τρια το έντυπο οδηγιών στοματικής υγιεινής. Εξαιρούνται της κλινικής εξέτασης οι μαθητές/τριες οι κηδεμόνες των οποίων μετά τη διανομή του ενημερωτικού δελτίου δεν έδωσαν έγγραφη συγκατάθεση για τη συμμετοχή του παιδιού τους στην οδοντιατρική εξέταση. Επισημαίνεται ότι απαγορεύεται η διανομή έντυπου υλικού μη εγκεκριμένου από το Υπουργείο Παιδείας καθώς και υλικού στοματικής υγιεινής, εφόσον αφορά έμμεση ή άμεση διαφήμιση.

Μετά το πέρας του προγράμματος τα στατιστικά και επιστημονικά στοιχεία που θα συλλεχθούν, τηρώντας φυσικά όλες τις προϋποθέσεις του νόμου περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, θα φυλάσσονται στο Κέντρο Υγείας και τα δεδομένα θα καταχωρίζονται σε ειδικό πεδίο «ελεγχόμενης πρόσβασης» στην ψηφιακή πλατφόρμα της 1^{ης} ΥΠΕ από τους οδοντίατρους και επισκέπτες υγείας που συμμετέχουν στο πρόγραμμα, προκειμένου να γίνει η επεξεργασία και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων από επιστημονική ομάδα. Τέλος παρακαλείσθε να μας αποστείλετε άμεσα τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα επαγγελματίες της δομής σας όπως και τον προγραμματισμό των επισκέψεων του κλιμακίου στα σχολεία της περιοχής ευθύνης σας.

Είμαστε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Συν: 5 (πέντε) ηλεκτρονικά αρχεία



Η ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΧΡΥΣΑΝΘΗ ΚΙΣΚΗΡΑ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ: 1. Υποδιοικήτρια κα Κισκίρα 2. Δ1 3. Επιστημονικά Υπεύθυνη κα Πλυτά



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ενημερωτικό δελτίο για τους γονείς

Σας ενημερώνουμε ότι η 1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής για τη σχολική χρονιά 2017-18 θα διενεργήσει Πρόγραμμα Προληπτικής Οδοντιατρικής που θα περιλαμβάνει απλή οδοντιατρική εξέταση των μαθητών της Α' και Β' τάξης των δημοτικών σχολείων και των νηπιαγωγείων. Η εξέταση θα γίνει χωρίς τη χρήση οδοντιατρικών εργαλείων αλλά μόνο με ξύλινα γλωσσοπίεστρα μιας χρήσης.

Με το πρόγραμμα Προληπτικής Οδοντιατρικής δίνουμε τη δυνατότητα στους συγκεκριμένους μαθητές του Σχολείου σας, για έγκαιρη διάγνωση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη στοματική τους κοιλότητα και άμεση γραπτή ενημέρωση των κηδεμόνων τους.

Εάν για οποιαδήποτε λόγο δεν επιθυμείτε να λάβει μέρος το παιδί σας στην εξέταση, παρακαλούμε να ενημερώσετε τον δάσκαλο της τάξης ώστε να εξαιρεθεί το παιδί σας από τον προληπτικό οδοντιατρικό έλεγχο.

Θα ενημερωθείτε έγκαιρα για την ημέρα της εξέτασης ώστε να φροντίσετε ο/η μαθητής/τρια:

- να προσκομίσει την έγγραφη συγκατάθεσή σας για την οδοντιατρική εξέταση
- να προσκομίσει το βιβλιάριο υγείας του



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Στο πλαίσιο του προγράμματος «ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ»
εξετάσαμε σήμερα

Τ.....

και είμαστε σε θέση να σας ενημερώσουμε ότι χρειάζεται

- Σφραγίσματα.....
- Ορθοδοντική εκτίμηση.....

1. Σας υπενθυμίζουμε ότι είναι απαραίτητο να γίνεται προληπτικός έλεγχος και φθορίωση στα δόντια των παιδιών κάθε 6 μήνες κατόπιν συστάσεως του οδοντιάτρου.
2. Ο προληπτικός έλεγχος και η εφαρμογή φθοριούχων σκευασμάτων πραγματοποιείται στα ιατρεία προληπτικής οδοντιατρικής των Κέντρων Υγείας.
3. Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε απευθυνθείτε στο Κέντρο Υγείας της περιοχής σας.



ΕΝΤΥΠΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΕΣ

0 μέχρι 1 έτους

1. Μην αφήνετε το παιδί σας να κοιμάται θηλάζοντας μπιμπερό.
2. Καθαρίστε τα δόντια του παιδιού σας καθημερινά με μια βρεγμένη γάζα.
3. Ελαττώστε την κατανάλωση των σακχαρούχων τροφών ιδιαίτερα μεταξύ των γευμάτων.

2 μέχρι 8 ετών

1. Σε ηλικία περίπου 2 ετών αρχίστε να βουρτσίζετε τα δόντια του παιδιού σας . Χρησιμοποιείτε παιδική οδοντόβουρτσα με ελάχιστη στην αρχή παιδική φθοριούχο οδοντόπαστα (μέγεθος μπιζελιού). Βουρτσίζετε πρωί μετά το πρόγευμα και βράδυ πριν τον ύπνο. Μέχρι την ηλικία των 8 ετών πρέπει οι γονείς να βουρτσίζουν τα δόντια των παιδιών τους.
2. Μάθετε το παιδί σας να τρέφεται σωστά. Κρατείστε έξω από το διαιτολόγιο του σακχαρούχες τροφές . Προσθέστε φρούτα, λαχανικά και γαλακτοκομικά προϊόντα.
3. Μην αφήνετε το παιδί σας να θηλάζει την πιπίλα ή το δάκτυλό του πέραν της ηλικίας των 2 ετών. Αυτό μπορεί να προκαλέσει ορθοδοντικά προβλήματα.
4. Βοηθήστε το παιδί σας να χρησιμοποιεί το οδοντικό νήμα κάθε βράδυ πριν το βούρτσισμα. Το νήμα καθαρίζει τα ενδιάμεσα των δοντιών και προστατεύει από την τερηδόνα.
5. Μην παραλείπετε τις προληπτικές επισκέψεις ανά εξάμηνο στον οδοντίατρο για έλεγχο και φθορίωση των δοντιών.

9 ετών μέχρι την εφηβεία

1. Καθημερινό βούρτσισμα των δοντιών δύο φορές καθημερινά με οδοντόβουρτσα και φθοριούχο οδοντόκρεμα.
2. Χρήση οδοντικού νήματος.
3. Χρήση φθοριούχου στοματοπλύματος κατόπιν οδηγιών του οδοντιάτρου.
4. Ελάττωση της κατανάλωσης σακχαρούχων τροφών κυρίως μεταξύ των γευμάτων.
5. Τακτικές προληπτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο.



ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ
Α, Β, ΤΑΞΗΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ - ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟΥ

1. Στοιχεία μαθητή/τριας και δημοτικού σχολείου

| | |
|---------|--|
| ΣΧΟΛΕΙΟ | |
| ΠΕΡΙΟΧΗ | |

| | | |
|--|--|--|
| ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ <input type="checkbox"/> | ΗΜΙ-ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ <input type="checkbox"/> | ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ <input type="checkbox"/> |
| ΦΥΛΟ ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/> ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/> | ΒΑΣΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΥΠΑΡΧΕΙ <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ <input type="checkbox"/> ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ <input type="checkbox"/> | |

| | |
|--|------------------------------|
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ □ □ / □ □ / □ □ □ □ | ΗΛΙΚΙΑ □ □ |
| ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ | ΠΑΤΕΡΑΣ: _____ ΜΗΤΕΡΑ: _____ |

2. Κλινική εκτίμηση οδοντικής τερηδόνας

ΝΕΟΓΙΑ ΔΟΝΤΙΑ, ΔΕΙΚΤΗΣ dmf(t), WHO Codes, (A=Υγιές δόντι, B=Τερηδονισμένο δόντι, C=Σφραγισμένο & επανατερηδονισμένο νεογιλό δόντι, D=Σφραγισμένο δόντι χωρίς Δευτερογενή Τερηδόνα E=Ελλείπον δόντι λόγω τερηδόνας F=Δόντι με κάλυψη οπών και σχισμών X=Δόντι προς εξαγωγή)

| | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| | | | | | | | | | |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |

ΜΟΝΙΜΑ ΔΟΝΤΙΑ, ΔΕΙΚΤΗΣ DMF(T), WHO Codes, (A=Υγιές δόντι, B=Τερηδονισμένο δόντι, C=Σφραγισμένο & επανατερηδονισμένο νεογιλό δόντι, D=Σφραγισμένο δόντι χωρίς Δευτερογενή Τερηδόνα E=Ελλείπον δόντι λόγω τερηδόνας F=Δόντι με κάλυψη οπών και σχισμών X=Δόντι προς εξαγωγή)

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

3. Άλλες παθήσεις σκληρών και μαλακών ιστών του στόματος

- Υποπλασία αδαμαντίνης
- Μηχανικές βλάβες-Τραύματα δοντιών
- Σταυροειδής σύγκλειση
- Χασμοδοντία
- Σκελετική ανωμαλία (Τάξη I και II)
- Φλεγμονή ούλων (ουλίτιδα)

Ο ΕΞΕΤΑΣΤΗΣ



Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥΤΙΜΗ

Με την συμπλήρωση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου μας βοηθάτε να αξιολογήσουμε την ωφελιμότητα του προγράμματος προληπτικής οδοντιατρικής που εφαρμόζουμε ενώ οι προτάσεις σας θα μας βοηθήσουν να αναπτύξουμε και να βελτιώσουμε τον σχεδιασμό την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεών μας στην σχολική κοινότητα.

1. Πόσο ωφέλιμο βρήκατε το πρόγραμμα προληπτικής οδοντιατρικής;

| Καθόλου | Λίγο | Ούτε Λίγο Ούτε Πολύ | Πολύ | Πάρα Πολύ |
|---------|------|------------------------|------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. Πόσο ευχάριστο και αποτελεσματικό βρήκατε τον τρόπο παρουσίασης;

| Καθόλου | Λίγο | Ούτε Λίγο Ούτε Πολύ | Πολύ | Πάρα Πολύ |
|---------|------|------------------------|------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Έχετε να μας υποβάλλετε κάποια σημαντική έλλειψη ή πρόταση;

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

4. Ποια άλλα θέματα θα θέλατε να καλύψουμε στο πλαίσιο των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στο σχολείο σας;

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

Σας ευχαριστούμε θερμά για το χρόνο και το ενδιαφέρον σας.