

"بسمه تعالی"

مستندات مربوط به
دستور عمل اجرایی و تفاهم نامه همکاری
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
و وزارت آموزش و پرورش
در برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش
آموزان



جدول شماره ۱

برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان



سال تحصیلی:

۱- مشخصات مدرسه

استان		نام مدرسه	
شهرستان		آدرس مدرسه	
منطقه		شماره تلفن مدرسه	
شهری	روستایی	پسرانه	دخترانه
		مختلط	نوبت صبح
		نوبت عصر	
تعداد کل دانش آموزان ابتدایی		تعداد دانش آموزان ابتدایی به تفکیک پایه	
		اول	دوم
		سوم	چهارم
		پنجم	ششم

۲- مشخصات مجری و هماهنگ کننده برنامه در مدرسه

نام و نام خانوادگی:	سمت:
---------------------	------

۳- اطلاعات مربوط به معاینات، ارجاع و دریافت خدمات دندانپزشکی دانش آموزان ابتدایی

تعداد دانش آموزان که معاینه دهان و دندان شده اند	تعداد دانش آموزان دارای مشکل دهان و دندان	تعداد دانش آموزان ارجاع شده برای دریافت خدمات دندانپزشکی	تعداد دانش آموزان دریافت کننده خدمات دندانپزشکی

۴- اطلاعات مربوط به انجام واریش فلوراید تراپی در دانش آموزان ابتدایی

تعداد کل دانش آموزان که خدمت واریش فلوراید تراپی برای آنها انجام شد		به تفکیک پایه در هر نوبت			
		اول	دوم	سوم	چهارم
		پنجم	ششم		
نوبت اول انجام واریش فلوراید					
نوبت دوم انجام واریش فلوراید					

۵- اطلاعات مربوط به وسایل کمک آموزشی موجود در مدرسه

تعداد	نوع وسایل کمک آموزشی	تعداد	نوع وسایل کمک آموزشی	تعداد	نوع وسایل کمک آموزشی
	کتاب/CD دانستنی های سلامت دهان و دندان		پوستر آموزشی		سایر موارد
	ماکت دندان و مسواک آموزشی		پمفلت یا کتابچه آموزشی		
	نخ دندان		فلیپ چارت یا نمودار برگردان آموزشی		

۶- تعداد جلسات آموزشی و توجیهی برگزار شده در رابطه با برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

والدین	سفیران سلامت دانش آموزی
دانش آموزان	معلمین داوطلب
انجمن اولیا و مربیان	سایر افراد

نام و نام خانوادگی مدیر مدرسه:	نام و نام خانوادگی مجری برنامه در مدرسه:
تاریخ، مهر و امضاء:	تاریخ و امضاء:



جدول شماره ۲

برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان



سال تحصیلی:

۱- مشخصات مدارس در سطح شهرستان (منطقه/ناحیه)

نام استان	نام شهرستان / منطقه	تعداد کل مدارس شهرستان	تعداد مدارس شهری						تعداد مدارس روستایی	
			تعداد مدارس پسرانه	تعداد مدارس دخترانه	تعداد مدارس مختلط	تعداد مدارس پسرانه	تعداد مدارس دخترانه	تعداد مدارس مختلط	تعداد مدارس مختلط	تعداد مدارس مختلط

تعداد کل دانش آموزان شهرستان						تعداد دانش آموزان ابتدایی شهرستان به تفکیک پایه			
						اول	دوم	سوم	چهارم

۲- اطلاعات مجریان برنامه در مدارس شهرستان

تعداد کل مجریان برنامه در مدارس شهرستان	تعداد مراقب سلامت مدرسه	تعداد معلم و یا سایر کارکنان مدارس	تعداد والدین داوطلب

۳- اطلاعات مربوط به معاینات، ارجاع و دریافت خدمات دندانپزشکی دانش آموزان ابتدایی در شهرستان

تعداد دانش آموزان که معاینه دهان و دندان شده اند	تعداد دانش آموزان دارای مشکل دهان و دندان	تعداد دانش آموزان ارجاع شده برای دریافت خدمات دندانپزشکی	تعداد دانش آموزان دریافت کننده خدمات دندانپزشکی

۴- اطلاعات مربوط به انجام وارنیش فلورایدتراپی در دانش آموزان ابتدایی در شهرستان

تعداد کل دانش آموزانی که خدمت وارنیش فلورایدتراپی برای آنها انجام شد						به تفکیک پایه در هر نوبت			
						اول	دوم	سوم	چهارم

۵- اطلاعات مربوط به وسایل کمک آموزشی موجود در مدارس شهرستان

نوع وسایل کمک آموزشی	تعداد	نوع وسایل کمک آموزشی	تعداد	نوع وسایل کمک آموزشی	تعداد
کتاب CD/دانشی های سلامت دهان و دندان		پوستر آموزشی		نوع وسایل کمک آموزشی	
ماکت دندان و مسواک آموزشی		پمفلت یا کتابچه آموزشی		سایر	
نخ دندان		فلیپ چارت یا نمودار برگردان آموزشی			

۶- تعداد جلسات آموزشی و توجیهی برگزار شده در رابطه با برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی برای:

آموزش گیرندگان				نام و نام خانوادگی و امضای کارشناس سلامت و تندرستی شهرستان / منطقه		نام و نام خانوادگی و امضای مسئول سلامت دهان و دندان شبکه بهداشت شهرستان	
والدین	سفیران سلامت دانش آموزی						
دانش آموزان	معلمین داوطلب						
انجمن اولیا و مربیان	سایر افراد						



جدول شماره ۳
برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان



سال تحصیلی:

۱- مشخصات مدارس در سطح استان

نام استان	تعداد شهرستان / منطقه	تعداد کل مدارس شهرستان	تعداد مدارس شهری			تعداد مدارس روستایی		
			تعداد مدارس پسرانه	تعداد مدارس دخترانه	تعداد مدارس مختلط	تعداد مدارس پسرانه	تعداد مدارس دخترانه	تعداد مدارس مختلط

تعداد کل دانش آموزان استان						تعداد دانش آموزان ابتدایی استان به تفکیک پایه					
						اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم

۲- اطلاعات مجریان برنامه در مدارس استان

تعداد کل مجریان برنامه در مدارس استان	تعداد مراقب سلامت مدرسه	تعداد معلم و یا سایر کارکنان مدارس	تعداد والدین داوطلب

۳- اطلاعات مربوط به معاینات، ارجاع و دریافت خدمات دندانپزشکی دانش آموزان ابتدایی در استان

تعداد دانش آموزان که معاینه دهان و دندان شده اند	تعداد دانش آموزان دارای مشکل دهان و دندان	تعداد دانش آموزان ارجاع شده برای دریافت خدمات دندانپزشکی	تعداد دانش آموزان دریافت کننده خدمات دندانپزشکی

۴- اطلاعات مربوط به انجام واریش فلورایدتراپی در دانش آموزان ابتدایی در استان

تعداد کل دانش آموزانی که خدمت واریش فلورایدتراپی برای آنها انجام شد						به تفکیک پایه در هر نوبت					
						اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم

۵- اطلاعات مربوط به وسایل کمک آموزشی موجود در مدارس استان

نوع وسایل کمک آموزشی	تعداد	نوع وسایل کمک آموزشی	تعداد	نوع وسایل کمک آموزشی	تعداد
کتاب CD/دانشستنی های سلامت دهان و دندان		پوستر آموزشی		سایر	
ماکت دندان و مسواک آموزشی		پمفلت یا کتابچه آموزشی			
نخ دندان		فلیپ چارت یا نمودار برگردان آموزشی			

۶- تعداد جلسات آموزشی و توجیهی در رابطه با برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی برای:

آموزش گیرندگان			نام و نام خانوادگی و امضای رییس اداره سلامت و تندرستی استان		نام و نام خانوادگی و امضای مسئول سلامت دهان و دندان دانشگاه/دانشکده	
والدین	سفیران سلامت دانش آموزی					
دانش آموزان	معلمین داوطلب					
انجمن اولیا و مربیان	سایر افراد					



فرم شماره ۴ - وضعیت سلامت دهان و دندان دانش آموز



نام مدرسه: نام و نام خانوادگی دانش آموز: پایه تحصیلی: سال تحصیلی:
کد ملی دانش آموز: تاریخ تولد: ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐

ثبت وضعیت موجود دهان و دندان

- * پوسیدگی دندان دارد ☐ * التهاب لثه دارد ☐ * جرم دندانی دارد ☐ * درد دندان / آبسه / عفونت دندانی دارد ☐
* شکستگی دندان دارد ☐ * بیرون افتادگی کامل دندان دارد ☐ * همه دندان‌ها سالم است ☐ * دندان‌ها فاقد مشکل است ☐

اقدام به ارائه خدمت وارنیش فلورایدتراپی:

- رضایت نامه دانش آموز دیده شد و خدمت وارنیش فلورایدتراپی انجام شد: نوبت اول ☐ نوبت دوم ☐
○ دانش آموز رضایت نامه ندارد و خدمت وارنیش فلورایدتراپی انجام نشد. ☐

دهان و دندان دارای مشکل بوده و نیاز به ارجاع دارد. ☐

پیگیری و تعیین وضعیت دریافت خدمت دندانپزشکی

کامل دریافت کرده است.	}
کامل دریافت نکرده است.	
دریافت نکرده است.	

❖ کودک به همراه والدین به دندانپزشک مراجعه کرده و خدمات دندانپزشکی مورد نیاز را:

❖ به دندانپزشکی مراجعه نکرده است. ☐

توضیحات

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: سمت: تاریخ و امضاء:



فرم شماره ۱-۴ - فرم ارجاع دانش آموز برای دریافت خدمات دندانپزشکی



دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان محترم،

با سلام و احترام

دانش آموز به نام و پایه تحصیلی از مدرسه جهت دریافت خدمات دندانپزشکی خدمتتان معرفی می گردد. خواهشمند است پس از ارائه خدمات دندانپزشکی مورد نیاز دانش آموز، شرح خدمات جهت ثبت در پرونده سلامت دانش آموز، در جدول زیر وارد شود و این برگه تحویل والدین دانش آموز گردد که آن را به مدرسه تحویل دهند. با تشکر

نام و نام خانوادگی مدیر مدرسه: امضاء مهر مدرسه

نام مرکز ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی	شماره تلفن مرکز ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی	نام و نام خانوادگی دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان	شرح خدمت دندانپزشکی ارائه شده	تاریخ ارائه خدمت دندانپزشکی	مهر و امضاء

○ در صورت نیاز به فضای بیشتر برای ثبت خدمات دندانپزشکی ارائه شده، لطفاً از پشت صفحه استفاده شود.



فرم شماره ۵

همکاری در برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان



والدین گرامی

سال تحصیلی:

سلامت دهان و دندان بخش مهمی از سلامت عمومی است که در کیفیت زندگی افراد جامعه به ویژه کودکان نقش چشمگیری دارد. روش های پیشگیری از پوسیدگی دندانی از هزینه های زیاد درمان های دندانپزشکی و مشکلات از دست رفتن دندان های شیری و دائمی در سنین پایین جلوگیری می نماید. به همین منظور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورش در طی یک همکاری مشترک، برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان را برای یک دوره ۵ ساله تدوین و اجرایی نموده است. این برنامه شامل آموزش سلامت دهان و دندان به والدین و کودک، معاینه دهان و دندان کودک، تعیین نیازهای درمانی کودک، ارجاع و ارائه خدمات پیشگیری و درمانی دندانپزشکی به کودک می باشد. استفاده از وارنیش فلوراید به عنوان یک روش پیشگیری در افزایش مقاومت دندان ها و کاهش پوسیدگی بسیار موثر است، بنابراین، پس از آموزش، معاینه و تکمیل پرونده دندانپزشکی برای کودک، وارنیش فلوراید برای دندان های کودک استفاده می شود. وارنیش فلوراید بوسیله برس یک بار مصرف بر روی دندان های کودک مالیده می شود و استفاده از آن آسان، بدون درد و بدون نیاز به بی حسی دندانپزشکی می باشد. همچنین باعث تجربه دندانپزشکی خوشایندی برای کودک می شود. این ماده چسبنده، ممکن است باعث تغییر رنگ موقتی دندان گردد ولی پس از جذب فلوراید و با گذشت زمان ۲۴ ساعت، از سطح دندان پاک شده و این تغییر رنگ از بین می رود.

توصیه ها:

- ۱- لازم است قبل از انجام وارنیش فلوراید، کودک دندان های خود را مسواک زده باشد. بنابراین در روزی که قرار است وارنیش فلوراید زده شود و از طرف مدرسه اعلام می شود، کودک مسواک و خمیر دندان خود را به همراه داشته باشد.
- ۲- پس از انجام وارنیش فلوراید، کودک باید تا پایان آن روز، از نوشیدنی ها و غذاهای خنک و ولرم (غیر داغ)، خوراکی های نرم و غیر چسبنده استفاده کند تا وارنیش فلوراید بتواند مدت بیشتری بر روی دندان ها باقی بماند و اثرگذاری لازم در کاهش پوسیدگی را داشته باشد.
- ۳- کودک تا صبح روز بعد نباید از مسواک و نخ دندان استفاده نماید تا وارنیش فلوراید فرصت بیشتری جهت تماس با دندان داشته باشد. بنابراین از صبح روز بعد می تواند از مسواک و نخ دندان استفاده کند.
- ۴- جهت اثر بخشی این ماده، لازم است حداقل دو بار در سال از وارنیش فلوراید برای کودک استفاده شود.

توجه: والدین گرامی، جهت داشتن اطلاعات قبل و بعد از انجام وارنیش فلوراید، لطفاً بخش بالایی این برگه را نزد خود نگه داری کنید و قسمت پایین برگه را پس از تکمیل به مدرسه تحویل دهید.

سال تحصیلی:

"فرم دریافت خدمت وارنیش فلوراید"

اینجانب ولی/سرپرست دانش آموز با کد ملی (دانش آموز) و پایه تحصیلی که در مدرسه تحصیل می نماید، بدینوسیله همکاری و رضایت خود را جهت دریافت رایگان دو نوبت خدمت وارنیش فلوراید فرزندم، اعلام می نمایم.

آیا فرزند شما بیماری خاصی دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی نام بیماری: نام داروهای مصرفی:

آیا فرزند شما به داروی خاصی حساسیت دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی نام دارویی را که به آن حساسیت دارد، ذکر شود:

تاریخ: امضا: تلفن همراه:

سال تحصیلی

چک لیست برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان

نام مدرسه

۱	توجیه والدین در خصوص اجرای برنامه کشوری سلامت دهان و دندان در مدرسه انجام شده است.	بلی ☐	خیر ☐
۲	آموزش گروهی سلامت دهان و دندان برای دانش آموزان انجام شده است.	بلی ☐	خیر ☐
۳	معاینات دهان و دندان انجام شده و فرم های ۴ و ۴-۱ تکمیل شده اند.	بلی ☐	خیر ☐
۴	دانش آموزان نیازمند دریافت خدمات دندانپزشکی ارجاع شده اند.	بلی ☐	خیر ☐
۵	پیگیری ارجاعات دانش آموزان برای دریافت خدمات دندانپزشکی انجام می گردد.	بلی ☐	خیر ☐

چک لیست ارائه خدمت وارنیش فلورایدترابی

نوبت اول		نوبت دوم		
بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐	۱ اطلاع رسانی به والدین در خصوص وارنیش فلورایدترابی انجام شده است.
بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐	۲ امضای موافقت سرپرست دانش آموز برای "انجام وارنیش فلورایدترابی" دریافت و قبل از ارائه خدمت، در اختیار ارایه دهنده خدمت وارنیش فلوراید قرار داده شد.
بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐	۳ مدرسه برای انجام وارنیش فلورایدترابی، محلی با شرایط بهداشتی مناسب در اختیار ارایه دهنده خدمت قرار داده است (مکان مستقل و تمیز، صندلی برای ارائه دهنده خدمت و کودک، میز مناسب و تمیز برای وسایل، سطل زباله).
بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐	۴ مدت زمان کافی برای وارنیش فلورایدترابی هر دانش آموز رعایت گردیده است (هر نفر ارائه دهنده خدمت در یک ساعت مجاز به انجام وارنیش فلورایدترابی برای ۱۰ تا حداکثر ۲۰ نفر دانش آموز می باشد).
بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐	۵ ارایه دهنده خدمت در حین انجام کار برخورد مناسب با دانش آموزان داشته است.
بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐	۶ ارایه دهنده خدمت ضمن رعایت بهداشت شخصی (روپوش تمیز، ماسک و دستکش) و بهداشت حین ارائه خدمت، از لوازم یک بار مصرف (از جمله سینی، دستکش، ماسک، گاز یا رول پنبه) نیز برای انجام وارنیش فلورایدترابی استفاده کرده است.
بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐	۷ ارایه دهنده خدمت پیش از انجام وارنیش فلورایدترابی، دندان ها را با استفاده از گاز یا رول پنبه خشک کرده است.
بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐	۸ ارایه دهنده خدمت، برای هر دانش آموز، همه دندان های فک بالا و پایین و کلیه سطوح دندان ها (سطح بیرونی، سطح داخلی و سطح جوده) را وارنیش فلورایدترابی کرده است.
بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐	۹ آموزش مراقبت های پس از وارنیش فلورایدترابی به دانش آموزان داده شد.

تاریخ، مهر و امضا:

نام و نام خانوادگی مدیر مدرسه:

گواهی انجام وارنیش فلورایدترابی

گواهی می گردد:

در تاریخ(های) در مدرسه، وارنیش فلورایدترابی (نوبت اول ☐، نوبت دوم ☐) توسط سرکار خانم/ جناب آقای به شماره تلفن همراه برای نفر دانش آموز انجام گردید.

تاریخ، مهر و امضا:

نام و نام خانوادگی مدیر مدرسه:

جدول شماره ۷

چک لیست نظارتی برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی در سطح مدرسه سال تحصیلی:

نام مجری برنامه در مدرسه:

نام مدیر مدرسه:

نام مدرسه:

ردیف	عنوان فعالیت	امتیاز هر مورد	امتیاز کسب شده
۱	آیا مدیر و مجری برنامه در مدرسه، در جلسات توجیهی و آموزشی مربوطه شرکت کرده است؟ (گواهی شرکت در جلسه مشاهده و در مورد اجزای برنامه پرسیده شود)	۲	
۲	آیا جدول شماره ۱ در مدرسه در دست تکمیل می باشد؟ (فرم در دست تکمیل مشاهده شود)	۱	
۳	آیا در ارتباط با این برنامه برای انجمن اولیا و مربیان و والدین دانش آموزان جلسات توجیهی و آموزشی برگزار شده است؟ (مستندات چک شود)	۱	
۴	آیا دانش آموزان روش صحیح مسواک زدن را یاد گرفته اند؟ (از پنج نفر دانش آموز روش صحیح انجام دادن آن پرسیده شود)	۲	
۵	آیا دانش آموزان روش صحیح استفاده از نخ دندان را یاد گرفته اند؟ (از پنج نفر دانش آموز روش صحیح انجام دادن آن را پرسیده شود)	۲	
۶	آیا معاینه دهان و دندان، ارجاع و پیگیری ارجاعات دانش آموزان نیازمند خدمت، انجام شده است؟ (پنج عدد از فرم های ۴ و ۴-۱ مشاهده شود)	۲	
۷	آیا خدمت واریش فلوراید تراپی در مدرسه انجام شده است و یا هماهنگی های لازم برای اجرا صورت گرفته است؟	۲	
۸	آیا رضایت نامه "دریافت خدمت واریش فلوراید" از والدین دریافت شده است؟ (مشاهده مستندات)	۲	
۹	آیا برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان و واریش فلوراید تراپی در مدرسه انجام شده است؟ (بررسی فرم شماره ۶)	۱	
جمع کل امتیاز		۱۵	

نام و نام خانوادگی و سمت تکمیل کننده چک لیست	تاریخ و امضاء	نام و نام خانوادگی و سمت تکمیل کننده چک لیست	تاریخ و امضاء

جدول شماره ۸

چک لیست نظارتی برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی برای کارگروه اجرایی شهرستان/استان

سال تحصیلی:

ردیف	عنوان فعالیت	امتیاز هر مورد	امتیاز کسب شده
۱	آیا اعضای کارگروه اجرایی شهرستان / استان نسبت به این برنامه و نحوه اجرای آن توجیه هستند؟ (پرسش از اعضا)	۲	
۲	آیا تقویم زمانی برنامه موجود است و فعالیت ها بر طبق آن صورت گرفته است؟ (مشاهده مستندات)	۱	
۳	آیا جلسات کارگروه اجرایی شهرستان / استان برگزار می گردد و ارتباط و هماهنگی مناسب بین دو حوزه وجود دارد؟ (مشاهده مستندات)	۲	
۴	آیا تبادل اطلاعات بین دو حوزه (آمار جمعیت دانش آموزی، ارتباط مدارس و مراکز خدمات جامع سلامت، اطلاعات تجمیعی فرم ها و) به خوبی صورت می گیرد؟	۱	
۵	آیا اعضای کارگروه اجرایی شهرستان از نحوه اجرای برنامه، بازدید به عمل آورده اند؟ (مشاهده چک لیست های تکمیل شده)	۲	
	جمع کل امتیاز	۸	

نام و نام خانوادگی و سمت تکمیل کننده چک لیست	تاریخ و امضاء	نام و نام خانوادگی و سمت تکمیل کننده چک لیست	تاریخ و امضاء

جدول شماره ۹

تقویم زمان بندی فعاليت های برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

ردیف	عنوان فعاليت ها	خرداد	اردیبهشت	فروردین	اسفند	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر
۱	تشکیل کارگروه اجرایی مشترک در استان و شهرستان												
۲	تبادل اطلاعات مورد نیاز در شروع و ادامه برنامه												
۳	برگزاری جلسات توجیهی - آموزشی برای عوامل اجرایی برنامه												
۴	برگزاری کارگاه های آموزشی برای مجریان برنامه												
۵	برگزاری جلسات توجیهی - آموزشی برای انجمن اولیا و مربیان و تشکل سفیر سلامت دانش آموزی												
۶	برگزاری جلسات توجیهی - آموزشی برای والدین دانش آموزان												
۷	انجام آموزش سلامت دهان و دندان برای دانش آموزان												
۸	انجام آموزش از طریق فضاهای مجازی و سامانه های آموزشی مورد تایید وزارت آموزش و پرورش												
۹	انجام معاینات و غربالگری سلامت دهان و دندان دانش آموزان												
۱۰	انجام وارنیش فلورایدتراپی برای دانش آموزان												
۱۱	ارجاع دانش آموزان نیازمند خدمات دندانپزشکی به همراه والدین												
۱۲	ارائه خدمات دندانپزشکی به دانش آموزان (بخش خصوصی، مراکز خدمات جامع سلامت، استفاده از دانشجویان دندانپزشکی مقطع عمومی و تخصصی، از کلینیک و یونیت های سیار یا اردوهای جهادی)												
۱۳	پایش روند اجرای برنامه و نظارت مستمر بر عملکرد مجریان ارائه دهنده خدمت در مدرسه												



"نحوه تکمیل جداول و فرم‌های دستورالعمل اجرایی برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی"

جدول شماره ۱

- این جدول توسط مجری برنامه در مدرسه و با تایید مدیر مدرسه در دو نسخه تکمیل شود. یک نسخه در دفتر مدرسه نصب شده و نسخه دیگر برای کارشناس سلامت و تندرستی شهرستان/منطقه ارسال شود تا اطلاعات جمع آوری شده در کارگروه ستاد شهرستان در اختیار مسئول دهان و دندان شهرستان قرار گیرد.
- ردیف های ۱، ۲، ۵ در ابتدای اجرای برنامه تکمیل شود.
- در ردیف ۳، تعداد دانش آموزان معاینه شده‌ی دارای مشکل دهان و دندان و ارجاع شده بلافاصله پس از انجام معاینات تکمیل شود. سپس تعداد دانش آموزان دریافت کننده خدمات دندانپزشکی در طول سال تکمیل گردد.
- در ردیف ۴، تعداد کل دانش آموزان دریافت کننده خدمت واریش فلوراید، همچنین به تفکیک نوبت اول و دوم انجام این خدمت و به تفکیک پایه تحصیلی در هر نوبت فلورایدتراپی (دو بار در طی سال تحصیلی)، تکمیل شود.
- در ردیف ۵، در ابتدای اجرای برنامه وسایل کمک آموزشی موجود در مدرسه تعیین و تعداد آن ثبت گردد.
- در ردیف ۶، تعداد جلسات آموزشی و توجیهی برگزار شده در طی سال تحصیلی تکمیل شود.

جدول شماره ۲

- این جدول توسط کارشناس سلامت و تندرستی شهرستان/منطقه بر اساس اطلاعات جمع آوری شده از جداول شماره یک ارسالی از مدارس تهیه و در کارگروه ستاد شهرستان در اختیار مسئول سلامت دهان و دندان شبکه شهرستان قرار می گیرد.
- ردیف های ۱، ۲ و ۵ در ابتدای برنامه و ردیف های ۳، ۴ و ۶ در طول اجرای برنامه تکمیل شود.
- جداول کامل شده در هر مرحله برای رئیس اداره سلامت و تندرستی استان و مسئول سلامت دهان و دندان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی ارسال گردد تا در کارگروه ستاد استان مورد بررسی قرار گیرد.

جدول شماره ۳

- این جدول توسط رئیس اداره تندرستی استان بر اساس اطلاعات جمع آوری شده از جداول شماره دو ارسالی از کارشناس سلامت و تندرستی شهرستان/منطقه تهیه و در کارگروه ستاد استان در اختیار مسئول سلامت دهان و دندان دانشگاه/دانشکده قرار می گیرد.
- ردیف های ۱، ۲ و ۵ در ابتدای برنامه و ردیف های ۳، ۴ و ۶ در طول اجرای برنامه تکمیل شود.
- جداول کامل شده در هر مرحله برای دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش و دفتر سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال گردد تا در کارگروه ستاد کشوری مورد بررسی قرار گیرد.

فرم شماره ۴

- این فرم برای هر دانش آموز که مورد معاینه قرار می گیرد، تکمیل شود.
- اطلاعات فردی دانش آموزان (نام و نام خانوادگی، کد ملی، تاریخ تولد، پایه تحصیلی و ...) توسط مجری برنامه در مدرسه، در اختیار مجریان برنامه اعزامی از مرکز خدمات جامع سلامت/پایگاه سلامت/خانه بهداشت قرار گیرد.
- در شهر، آموزش و معاینات دهان و دندان دانش آموزان توسط مجری برنامه در مدرسه انجام می گیرد. در روستا، این خدمات توسط بهورزان صورت می گیرد.
- واریش فلورایدتراپی در شهر و روستا توسط مجریان برنامه اعزامی از مرکز خدمات جامع سلامت/پایگاه سلامت/خانه بهداشت انجام می گیرد.
- پس از تکمیل فرم، اطلاعات آن به پرونده سلامت دهان و دندان دانش آموز در سامانه های الکترونیک وزارت بهداشت وارد می شود. سپس فرم ها به مدرسه برگردانده شده تا در آنجا برای مراحل بعدی تکمیل و نگهداری شود.
- در صورت ثبت "دهان و دندان دارای مشکل بوده و نیاز به ارجاع دارد" در فرم شماره ۴، مجری برنامه در مدرسه، با استفاده از فرم ۴-۱، والدین را در جریان وضعیت سلامت دهان و دندان فرزندشان گذاشته و او را برای دریافت خدمات دندانپزشکی ارجاع می دهد.
- مجری برنامه در مدرسه، پیگیری لازم را برای این که دانش آموز خدمات دندانپزشکی مورد نیاز را دریافت کند، به عمل آورده و بازخورد آن را در فرم شماره ۴ ثبت نماید.
- تعاریف:

- همه دندانها سالم است (Caries free): یعنی همه دندانها بدون هیچ گونه پوسیدگی، ترمیم و یا کشیده شدن بر اثر پوسیدگی می باشند
- دندانها فاقد مشکل است: یعنی قبلاً پوسیدگی دندان وجود داشته که با مراجعه به دندانپزشک برطرف شده است و درحال حاضر نیاز به درمان دندانپزشکی جدیدی نمی باشد.

فرم شماره ۴-۱

- در صورت نیاز به خدمات دندانپزشکی، از این فرم برای ارجاع دانش آموز به دندانپزشک استفاده می شود.
 - والدین بایستی به همراه فرزند خود و با در دست داشتن این فرم، به واحدهای ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی دولتی یا خصوصی از جمله مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه کنند و پس از دریافت خدمات مورد نیاز و ثبت خدمات ارائه شده در جدول مربوطه، فرم تکمیل شده را به مدرسه تحویل دهند.
- ❖ نکته: فرم های شماره ۴ و ۴-۱ برای هر دانش آموز در یک برگ پرینت/کپی گرفته شده و در صورت ارجاع، فرم ۴-۱ از محل خط چین جدا گردیده و در اختیار دانش آموزان برای تحویل به والدین قرار داده می شود.

جدول شماره ۵

- در این جدول اطلاعاتی جهت آشنایی والدین با برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزی آمده است.
- در انتهای جدول، "فرم دریافت خدمت وارنیش فلوراید" با امضای والدین برای دریافت خدمت وارنیش فلورایدتراپی برای فرزندشان در دو نوبت در طی سال تحصیلی قرار دارد. این فرم، پس از توزیع و امضا توسط والدین، توسط مجری برنامه در مدرسه جمع آوری شده و در روز انجام خدمت وارنیش فلوراید به رویت ارائه دهنده خدمت رسانده می شود.

جدول شماره ۶

- به منظور بهبود روند اجرای برنامه و افزایش کیفیت انجام خدمت وارنیش فلوراید در مدرسه، علاوه بر همکاری و نظارت مجری برنامه در مدرسه، مدیر نیز باید بر نحوه اجرای برنامه و ارائه خدمت وارنیش فلورایدتراپی نظارت کند. بنابراین مدیر مدرسه در ابتدای برنامه باید در جلسات آموزشی اداره حضور پیدا کند.
- این جدول حاوی چک لیست برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی (که برای پایان سال تحصیلی بایستی تکمیل شده باشد)، چک لیست ارائه خدمت وارنیش فلورایدتراپی (که در حین انجام دو نوبت فلورایدتراپی بایستی تکمیل گردد) و گواهی انجام وارنیش فلورایدتراپی در مدرسه است که توسط مدیر مدرسه تکمیل می گردد. پس از تکمیل، این جدول در مدرسه نگهداری می شود و یک نسخه نیز در اختیار ارائه دهنده خدمت قرار می گیرد.
- لازم به ذکر است مشاهده عملکرد ارائه دهنده خدمت وارنیش فلوراید برای ۵٪ از دانش آموزان برای تکمیل چک لیست ارائه خدمت وارنیش فلورایدتراپی کفایت می کند.

جدول های شماره ۷ و ۸

- این جدول ها، چک لیست نظارتی برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی برای پایش انفرادی و یا پایش مشترک (از هر دو مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش) از اجرای برنامه در مدارس و عملکرد کارگروه های اجرایی شهرستان و استان می باشد.
- چک لیست های تکمیل شده در جلسات کارگروه های شهرستان و استان مورد بررسی قرار گرفته و ضمن ارائه بازخورد به مدارس، شهرستان و استان، اقدامات لازم جهت رفع مشکلات و چالش ها صورت پذیرد.

جدول شماره ۹

- تقویم زمان بندی فعالیت های برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی توسط کارگروه های ستاد شهرستان و استان برای هر سال تحصیلی تکمیل می گردد.