



Αγαπητοί γονείς,

στα πλαίσια του Προγράμματος Πρόληψης και Αγωγής Στοματικής Υγείας της 7ης ΥΠΕ Κρήτης «*Δόντια Δυνατά – Χαρούμενα παιδιά*», θα γίνει δράση για την

στοματική υγεία των παιδιών σας. Σκοπός του προγράμματος είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των γονέων / φροντιστών και των μαθητών/μαθητριών για τη στοματική υγεία μέσα από τη βιωματική μάθηση και η ενημέρωση των γονέων για τους τρόπους φροντίδας και την κατάσταση της στοματικής κοιλότητας των παιδιών.

Κατά τη διάρκεια της δράσης θα γίνει μικρής διάρκειας παρουσίαση, που αφορά στη στοματική υγεία, για τους γονείς και τα παιδιά και επίδειξη τεχνικών βουρτσίσματος των δοντιών.

Επίσης, εφόσον είναι εφικτό, θα γίνει στους μαθητές/μαθήτριες μια απλή εξέταση με εργαλεία μιας χρήσης/αποστειρωμένα και αυστηρούς κανόνες υγιεινής για να προσδιοριστεί η υγεία των δοντιών και των ούλων και στη συνέχεια θα γίνει φθορίωση των δοντιών των παιδιών για την πρόληψη της τερηδόνας στην ηλικία αυτή. **Η φθορίωση είναι μια ασφαλής μέθοδος πρόληψης για την προστασία των δοντιών των παιδιών από την τερηδόνα και συνιστάται να γίνεται 2 φορές το χρόνο τουλάχιστον. Έχει αποδεδειγμένη αντιτερηδογονόμο δράση και αποτελεσματικότητα στη μείωση της τερηδόνας.**

Κάθε παιδί, μετά την εξέταση, θα λάβει μια ενημερωτική επιστολή σχετικά με τα ευρήματα. Όλες οι διαδικασίες θα γίνουν από ειδικευμένους οδοντιάτρους και προσωπικό της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης, είτε στους χώρους του σχολείου είτε στους χώρους του Κέντρου Υγείας/Μονάδα Υγείας.

Επίσης καλείστε να παρευρίσκεστε στους χώρους του σχολείου με την οδοντόβουρτσα του παιδιού για παροχή οδηγιών προς εσάς για την οδοντιατρική φροντίδα του παιδιού σας.

Εφόσον δέχεστε το παιδί σας να συμμετέχει στην εξέταση ή / και στην φθορίωση, παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία με την υπογραφή σας.

Ο/Η γονέας/κηδεμόνας του/της
..... μαθητή/μαθήτριας του..... Σχολείου, με ημ. Γέννησης/...../..... επιθυμώ να συμμετάσχει το παιδί μου:

☐ Στην οδοντιατρική Εξέταση

☐ Στη Φθορίωση που θα γίνει

Συνοπτική περιγραφή ιστορικού παιδιού

Κύρια Προβλήματα Υγείας :

Λήψη Φαρμάκων:

Ονομ/επώνυμο – Τηλ Θεράποντος Ιατρού:

Παρακαλώ, εφόσον συμφωνείτε, για λόγους στατιστικής επεξεργασίας συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία. (τηρείται η διασφάλιση απορρήτου προσωπικών δεδομένων):

Υπηκοότητα: Πατέρα:..... Μητέρα:.....

Επάγγελμα: Πατέρα:..... Μητέρα:.....

Ο γονέας/Κηδεμόνας (Υπογραφή)