جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

"بسمه‌تعالی"

مستندات مربوط به
دستورعمل اجرایی و تفاهم‌نامه همکاری
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
و وزارت آموزش و پرورش
در برنامه کشوری سلامت دهان و دندان
دانش‌آموزان

مرداد ۱۴۰۴

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

جدول شماره ۱

برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

(مدرسه – یکبار در سال تحصیلی)

۱– مشخصات مدرسه							سال تحصیلی:
استان	شهرستان	منطقه	نام مدرسه		آدرس مدرسه		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 معاینات دهان و دندان شده‌اند	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

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

۵– اطلاعات مربوط به انجام طرح مسواک زدن تحت نظارت برای دانش آموزان ابتدایی

تعداد کل دانش آموزان دریافت کننده آموزش‌های طرح مسواک زدن گروهی تحت نظارت	به تفکیک پایه در هر نوبت					
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم
توسط چه کسی(مراقب سلامت/معلم داوطلب و...)						

۶– اطلاعات مربوط به وسایل کمک آموزشی موجود در مدرسه

نوع وسایل کمک آموزشی	تعداد	نوع وسایل کمک آموزشی	تعداد	نوع وسایل کمک آموزشی	تعداد	
کتاب/CD دانستنی‌های سلامت دهان و دندان		پمفلت یا کتابچه آموزشی		مسواک توزیع شده در طرح مسواک زدن تحت نظارت		
ماکت دندان و مسواک آموزشی		کاربرگ کمک آموزشی ویژه مدارس دوستدار سلامت دهان و دندان		کلیپ آموزشی		
نخ دندان		کاربرگ سلامت دهان و دندان ویژه دانش آموزان کلاس سوم		آهنگ/ موزیک مسواک زدن گروهی	بلی	خیر
پوستر آموزشی		خمیردندان توزیع شده در طرح مسواک زدن تحت نظارت		سایر موارد		

۷– 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 اولیاءأ و مربیان		سایر افراد	

۸– پویش سلامت دهان و دندان در مدرسه برگزار شده است؟	بله ☐	خیر ☐
جنش دندان ۶ در مدرسه برگزار شده است؟	بله ☐	خیر ☐

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

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

جدول شماره ۲

برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

(منطقه/ ناحیه - یکبار در سال تحصیلی)

۱- مشخصات مدارس در سطح شهرستان (منطقه/ ناحیه) | **سال تحصیلی:**

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

۲- اطلاعات مجریان برنامه در مدارس شهرستان

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

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

تعداد دانش آموزانی که معاینات دهان و دندان شده‌اند	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 دانش‌آموزانی که خدمت وارنیش فلورایدتراپی برای آن‌ها انجام شد		به تفکیک پایه در هر نوبت					
		اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم
نوبت اول دریافت وارنیش فلوراید							
نوبت دوم دریافت وارنیش فلوراید							

۵- اطلاعات مربوط به انجام طرح مسواک زدن تحت نظارت برای دانش آموزان ابتدایی

تعداد کل دانش آموزان دریافت کننده آموزش‌های طرح مسواک زدن گروهی تحت نظارت	به تفکیک پایه در هر نوبت					
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم
توسط چه کسی(مراقب سلامت/معلم داوطلب و...)						

۶- 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 دانستنی‌های سلامت دهان و دندان		پمفلت یا کتابچه آموزشی		مسواک توزیع شده در طرح مسواک زدن تحت نظارت			
ماکت دندان و مسواک آموزشی		کاربرگ کمک آموزشی ویژه مدارس دوستدار سلامت دهان و دندان		کلیپ آموزشی			
نخ دندان		کاربرگ سلامت دهان و دندان ویژه دانش آموزان کلاس سوم		آهنگ/ موزیک مسواک زدن گروهی		بلی	خیر
پوستر آموزشی		خمیردندان توزیع شده در طرح مسواک زدن تحت نظارت		سایر موارد			

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

آموزش گیرندگان

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

۸- تعداد مدارس برگزار کننده پویش ..... مدرسه	**تعداد مدارس برگزار کننده جشن دندان ۶ ..... مدرسه**
نام و نام خانوادگی کارشناس تندرستی شهرستان/ منطقه:	**نام و نام خانوادگی مسئول سلامت دهان و دندان شبکه بهداشت شهرستان:**
تاریخ، مهر و امضاء:	**تاریخ، مهر و امضاء:**

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

جدول شماره ۳

برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

(استان - یکبار در سال تحصیلی)

۱- مشخصات مدارس در سطح استان						سال تحصیلی:
نام استان	تعداد شهرستان/منطقه	تعداد کل مدارس استان	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 (مراقب سلامت/ معلم و یا سایر کارکنان مدارس/ والدین داوطلب)	تعداد مراقب سلامت	تعداد معلم و یا سایر کارکنان	تعداد والدین داوطلب

۳- اطلاعات مربوط به معاینات، ارجاع و دریافت خدمات دندانپزشکی دانش آموزان ابتدایی در استان			
تعداد دانش آموزانی که معاینات دهان و دندان شده‌اند	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 استان							
تعداد کل دانش‌آموزانی که خدمت وارنیش فلورایدتراپی برای آن‌ها انجام شد	به تفکیک پایه در هر نوبت						
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	
نوبت اول دریافت وارنیش فلوراید							
نوبت دوم دریافت وارنیش فلوراید							

۵- اطلاعات مربوط به انجام طرح مسواک زدن تحت نظارت برای دانش آموزان ابتدایی در استان						
تعداد کل دانش آموزان دریافت کننده آموزش‌های طرح مسواک زدن گروهی تحت نظارت	به تفکیک پایه در هر نوبت					
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم
توسط چه کسی(مراقب سلامت/معلم داوطلب و...)						

۶- 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 دانستنی‌های سلامت دهان و دندان		پمفلت یا کتابچه آموزشی		مسواک توزیع شده در طرح مسواک زدن تحت نظارت		
ماکت دندان و مسواک آموزشی		کاربرگ کمک آموزشی ویژه مدارس دوستدار سلامت دهان و دندان		کلیپ آموزشی		
نخ دندان		کاربرگ سلامت دهان و دندان ویژه دانش آموزان کلاس سوم		آهنگ/ موزیک مسواک زدن گروهی	بلی	خیر
پوستر آموزشی		خمیردندان توزیع شده در طرح مسواک زدن تحت نظارت		سایر موارد		

۷- تعداد جلسات آموزشی و توجیهی برگزار شده در رابطه با برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی برای:					
آموزش گیرندگان					
والدین		سفیران سلامت دانش آموزی		انجمن اولیاءأ و مربیان	
دانش آموزان		معلمین داوطلب		سایر افراد	

۸- تعداد مدارس برگزار کننده پویش ..... مدرسه	تعداد مدارس برگزار کننده جشن دندان ۶ ..... مدرسه
نام و نام خانوادگی رئیس اداره سلامت و تندرستی استان:	نام و نام خانوادگی مسئول سلامت دهان و دندان دانشگاه/ دانشکده:
تاریخ، مهر و امضاء:	تاریخ، مهر و امضاء:

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

فرم شماره ۴

وضعیت سلامت دهان و دندان دانش آموز

برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

(برای هر دانش آموز، یک فرم تکمیل می شود)

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 ☐ * افتادگی کامل دندان دارد ☐ * همه دندان‌ها سالم است ☐ * دندان‌ها فاقد مشکل است ☐**

اقدام به ارائه خدمت وارنیش فلورایدتراپی:

- **رضایت‌نامه دانش آموز دیده شد و خدمت وارنیش فلورایدتراپی انجام شد: نوبت اول ☐ نوبت دوم ☐**
- **دانش آموز رضایت‌نامه 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

- **کودک به همراه والدین به دندانپزشک مراجعه کرده و خدمات دندانپزشکی مورد نیاز را:**
  - **کامل دریافت کرده است. ☐**
  - **کامل دریافت نکرده است. ☐**
  - **دریافت نکرده است. ☐**
- **به دندانپزشکی مراجعه نکرده است. ☐**

توضیحات

.....

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

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

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 می‌گردد. 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.

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

فرم شماره ۵

همکاری در برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان

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. روش‌های پیشگیری از پوسیدگی دندانی از هزینه‌های زیاد درمان‌های دندانپزشکی و مشکلات از دست رفتن دندان‌های شیری و دائمی در سنین پایین جلوگیری می‌نماید. 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 دانش‌آموزان 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 می‌باشد.

استفاده از وارنیش فلوراید به عنوان یک روش پیشگیری در افزایش مقاومت دندان‌ها و کاهش پوسیدگی بسیار موثر است، بنابراین، پس از آموزش، معاینه و تکمیل پرونده دندانپزشکی برای کودک، وارنیش فلوراید برای دندان‌های کودک استفاده می‌شود.

وارنیش فلوراید بوسیله برس یک‌بار مصرف بر روی دندان‌های کودک مالیده می‌شود و استفاده از آن آسان، بدون درد و بدون نیاز به بی‌حسی دندانپزشکی می‌باشد. همچنین باعث تجربه دندانپزشکی خوشایندی برای کودک می‌شود. 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 می‌رود.

توصیه‌ها:

۱- لازم است قبل از انجام وارنیش فلوراید، کودک دندان‌های خود را مسواک زده باشد. بنابراین در روزی که قرار است وارنیش فلوراید زده شود و از طرف مدرسه اعلام می‌شود، کودک مسواک و خمیردندان خود را به همراه داشته باشد.

۲- پس از انجام وارنیش فلوراید، کودک باید تا پایان آن‌روز، از نوشیدنی‌ها و غذاهای خنک و ولرم (غیر داغ)، خوراکی‌های نرم و غیر چسبنده استفاده کند تا وارنیش فلوراید بتواند مدت بیشتری بر روی دندان‌ها 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 می‌تواند 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 نگه‌داری کنید و قسمت ↓ پایین برگه را پس از تکمیل به مدرسه تحویل دهید.

"فرم دریافت خدمت وارنیش فلوراید" **سال تحصیلی: .....**

اینجانب .....ولی/ سرپرست دانش‌آموز..... با کدملی (دانش‌آموز) ..... و پایه تحصیلی ..... که در مدرسه ..... تحصیل می‌نماید، بدینوسیله همکاری و رضایت خود را جهت دریافت رایگان دو نوبت خدمت وارنیش فلوراید فرزندم، اعلام می‌نمایم.

آیا فرزندشما بیماری خاصی دارد؟ خیر ☐ بلی ☐ نام بیماری: ..... نام دارو های مصرفی:.....

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

تاریخ: امضا: تلفن همراه:

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

جدول شماره ۶

(ارزیابی توسط مدیر محترم)

چک‌لیست برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان

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 دانش‌آموزان و مسواک زدن گروهی تحت نظارت انجام شده است.	بلی ☐	خیر ☐
۳	معاینات دهان و دندان انجام شده و فرم‌های ۴ و ۱-۴ تکمیل شده‌اند.	بلی ☐	خیر ☐
۴	دانش‌آموزان نیازمند دریافت خدمات دندانپزشکی ارجاع شده‌اند.	بلی ☐	خیر ☐
۵	پیگیری ارجاعات دانش‌آموزان برای دریافت خدمات دندانپزشکی انجام می‌گردد.	بلی ☐	خیر ☐
۶	پویش سلامت دهان و دندان در مدرسه برگزار شده است.	بلی ☐	خیر ☐
۷	جشن روییدن دندان ۶ در مدرسه برگزار شده است.	بلی ☐	خیر ☐

چک لیست ارائه خدمت وارنیش فلورایدتراپی.

		نوبت اول		نوبت دوم	
۱	اطلاع رسانی به والدین در خصوص وارنیش فلورایدتراپی انجام شده است.	بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐
۲	اه ضای موافقت سرپر ست دانش‌آموز برای "انجام وارنیش فلورایدتراپی" دریافت و قبل از ارائه خدمت، در اختیار ارایه دهنده خدمت وارنیش فلورایدقرار داده شد	بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐
۳	مدر سه برای انجام وارنیش فلورایدتراپی، محلی با شرایط بهدا شتی منا سب در اختیار ارایه دهنده خدمت قرار داده ا ست. (مکان م ستقل 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 فلورایدتراپی هر دانش‌آموز رعایت گردیده ا ست (هر نفر ارایه دهنده خدمت در یک ســاعت مجاز به انجام وارنیش فلورایدتراپی برای ۱۰ تا حداکثر ۲۰ نفر دانش‌آموز می‌باشد)	بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐
۵	ارایه دهنده خدمت در حین انجام کار برخورد مناسب با دانش‌آموزان داشته است.	بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐
۶	ارایه دهنده خدمت ضمن رعایت بهداشت شخصی (روپوش تمیز، ماسک و دستکش) و بهدا شت حین ارائه خدمت، از لوازم یک‌بار م صرف (از جمله سینی، د ستکش، ما سک، گاز یا رول پنبه) نیز برای انجام وارنیش فلورایدتراپی استفاده کرده است	بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐
۷	ارایه دهنده خدمت پیش از انجام وارنیش فلورایدتراپی، دندان‌ها را با ا ستفاده از گاز یا رول پنبه خشک کرده است	بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐
۸	ارایه دهنده خدمت، برای هر دانش‌آموز، همه دندان‌های فک بالا و پایین و کلیه سطوح دندان‌ها (سطح بیرونی، سطح داخلی و سطح جونده) را وارنیش فلورایدتراپی کرده است	بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐
۹	آموزش مراقبت‌های پس از وارنیش فلورایدتراپی به دانش‌آموزان داده شد	بلی ☐	خیر ☐	بلی ☐	خیر ☐

نام و نام خانوادگی مدیر مدرسه:	**تاریخ، مهر و امضاء::**

گواهی می‌گردد: **گواهی انجام وارنیش فلورایدتراپی**

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

نام و نام خانوادگی مدیر مدرسه **تاریخ، مهر و امضا**

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

جدول شماره ۷

برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

(ارزیابی توسط مدیر محترم)

چک‌لیست نظارتی برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان ابتدایی در سطح مدرسه سال تحصیلی: .....

نام مدرسه	نام مدیر مدرسه	نام مجری برنامه در 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 می‌باشد؟ (فرم در دست تکمیل مشاهده شود)	۱	
۳	آیا در ارتباط با این برنامه برای انجمن اولیا و مربیان و والدین دانش‌آموزان جلسات توجیهی و آموزشی برگزار شده است؟ (مستندات چک شود)	۱	
۴	آیا چک لیست انجام، مسواک زدن گروهی در مدرسه هر ماه تکمیل شده است؟ (مستندات مشاهده شود)	۲	
۵	آیا کاربرگ‌ها در مدرسه انجام می‌شود؟	۱	
۶	آیا دانش‌آموزان روش صحیح مسواک زدن را یاد گرفته‌اند؟ (از پنج نفر دانش آموز روش صحیح انجام دادن آن پرسیده شود)	۲	
۷	آیا دانش‌آموزان روش صحیح استفاده از نخ دندان را یاد گرفته‌اند؟ (از پنج نفر دانش‌آموز روش صحیح انجام دادن آن پرسیده شود)	۲	
۸	آیا معاینه دهان و دندان، ارجاع و پیگیری ارجاعات دانش‌آموزان نیازمند خدمت، انجام شده است؟ (پنج عدد از فرم‌های ۴ و ۱-۴ مشاهده شود)	۲	
۹	آیا خدمت وارنیش فلورایدتراپی در مدرسه انجام شده است و یا هماهنگی‌های لازم برای اجرا صورت گرفته است؟	۲	
۱۰	آیا رضایت‌نامه "دریافت خدمت وارنیش فلوراید" از والدین دریافت شده است؟ (مشاهده مستندات)	۲	
۱۱	آیا برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان و وارنیش فلورایدتراپی در مدرسه انجام شده است؟ (بررسی فرم شماره ۶)	۱	
۱۲	آیا پویش سلامت دهان و دندان در مدرسه اجرا شده است؟	۱	
۱۳	آیا جشن روییدن دندان ۶ در مدرسه برگزار شده است؟	۱	
	جمع کل امتیاز	**۲۰**	

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:

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

جدول شماره ۸

برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

چک‌لیست نظارتی برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان 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 فعالیت‌ها بر طبق آن صورت گرفته است؟ (مشاهده مستندات)	۱	
۳	آیا جلسات کارگروه اجرایی شهرستان/ استان برگزار می‌گردد و ارتباط و هماهنگی مناسب بین دو حوزه وجود دارد؟ (مشاهده مستندات)	۲	
۴	آیا تبادل اطلاعات بین دو حوزه (آمار جمعیت دانش‌آموزی، ارتباط مدارس و مراکز خدمات جامع سلامت، اطلاعات تجمیعی فرم‌ها و ....) به خوبی صورت می‌گیرد؟	۱	
۵	آیا اعضای کارگروه اجرایی شهرستان از نحوه اجرای برنامه، بازدید به‌عمل آورده‌اند؟ (مشاهده چک لیست‌های تکمیل شده)	۲	
۶	آیا نظارت بر برنامه کشوری دهان و دندان از قبیل اجرای طرح مسواک زدن گروهی، برگزاری جشن دندان ۶ و پویش سلامت دهان و دندان انجام شده است؟	۳	
	جمع کل امتیاز	**۱۱**	

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:

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

فرم شماره ۹

برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

(ارزیابی توسط مدیر محترم)

چک‌لیست ارزیابی طرح مسواک زدن گروهی تحت نظارت در سطح مدرسه **سال تحصیلی:**

نام مدرسه	**نام مدیر مدرسه**		**نام مجری برنامه در مدرسه**
شهرستان.:	**شهر:**	**منطقه:**	**مدرسه:**
نام و نام خانوادگی ناظر:	**گزارش مربوط به ماه:**		**تاریخ تهیه گزارش:**
سوالات	**۱- آیا مسواک زدن تحت نظارت در کلاس درس دو بار در هفته انجام شده است؟ ☐ بلی ☐خیر**		
	۲- چه کسی/ کسانی اجرای زنگ مسواک مدرسه را در کلاس برعهده داشته اند؟ **☐ معلم کلاس به تنهایی ☐ مربی بهداشت به تنهایی** **☐ معلم کلاس و مربی بهداشت ☐ معلم کلاس و والد/ والدین ☐ مربی بهداشت و والد/ والدین** **☐ دیگر ترکیب‌ها (نام برده شود.).....**		
	۳- تعداد کلاس‌های پایه سوم که طرح زنگ مسواک انجام شد؟ .....کلاس از ..... کلاس سوم .....کلاس از .....سایر پایه‌ها		
	۴- تعداد دانش آموزانی که در مجموع, در کلاس‌ها و تحت نظارت مسواک زده اند؟.....		
	۵- آیا مسواک‌ها در کلاس نگهداری شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر، نزد دانش آموزان بوده		
	۶- آیا شرایط نگهداری مسواک‌ها در کلاس مناسب و فاقد آلودگی بوده است؟ ☐بلی ☐ تا حدودی **☐ خیر**		
	۷- به چه روشی در کلاس‌ها مسواک زدن تحت نظارت انجام شده است؟ ☐ روش خشک (تف کردن در دستمال) **☐ روش تر (مسواک زدن پای آبخوری) ☐ در برخی کلاس‌ها خشک و در برخی تر**		
۸- مشکلات اجرای طرح	**همکاری معلمان.....** **همکاری دانش آموزان.....** **و.....**		

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

فرم شماره ۱۰

برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

پرسشنامه سنجش آگاهی دانش آموزان پایه سوم ابتدایی در خصوص سلامت دهان و دندان

نام و نام خانوادگی: کلاس سوم: مدرسه:



نادرست درست

۱- نام قهرمان‌های نجات دندان را کامل کن

م – و – –
ن – دن – ا –
خ – – ر دن – – –
ف ل – ر – – د
د ن د – – پ ز –



۲- بدون آب هم می‌توان مسواک زد.



۳- مسواک حتی بین دندان‌ها را تمیز می‌کند.



۴- فلوراید دندان‌ها را قوی‌تر می‌کند.



۵- دندان ۶ (آسیاب بزرگ) به جای یکی از دندان‌های شیری‌مان رویش می‌کند.



۶- خمیردندان فلورایددار برای دندان ضرر دارد.



۷- مهم‌ترین زمان برای مسواک زدن شب‌ها قبل خواب است.



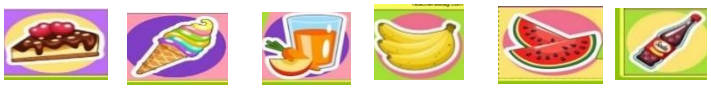
۸- میکروب‌ها در دهان مواد قندی را تبدیل به اسید می‌کنند



۹- باید ۲ بار در روز و هر بار ۲ دقیقه مسواک بزنیم.

۱۰- دندان‌های شاد و غمگین را به غذاهایی که می‌خورند وصل کن





۱۱- آیا شما مسواک می‌زنید؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۲- روزی چندبار مسواک می‌زنید؟ ☐ روزی ۲ یا بیشتر ☐ روزی یک‌بار ☐ بعضی روزها

۱۳- آیا شما خمیر دندان هم به مسواکت می‌زنی؟ ☐ بله ☐ خیر

فرم شماره ۱۱

برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

پرسشنامه ارزیابی رفتار سلامت دهان و دندان دانش آموزان از دید والدین

والدین عزیز سلام؛

پرسشنامه حاضر جهت ارزیابی عملکرد شما و کودک‌تان در خصوص سلامت دهان و دندان می‌باشد. پاسخ‌های شما ما را در برنامه‌ریزی بهتر دوره‌های آموزش یاری خواهد رساند. بنابراین با اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات وارده، خواهشمند است به سؤالات پیش رو با دقت تمام پاسخ دهید.

با تشکر از همکاری شما

سال تولد والد پرکننده‌ی پرسشنامه:	نام کودک:	سن کودک:		نام مدرسه:	تعداد فرزندان:
سطح تحصیلات والدین	**بی‌سواد**	**دیپلم**	**زیردیپلم**	**تحصیلات دانشگاهی**	
۱- سطح تحصیلات پدر خانواده چیست؟					
۲- سطح تحصیلات مادر خانواده چیست؟					

سؤالات در مورد رفتارهای سلامت دهان و دندان کودک‌تان

۱- معمولا چند بار کودک‌تان دندان‌هایش را مسواک می‌زند؟

☐ اصلاً مسواک نمی‌زند ☐ گاهی اوقات مسواک می‌زند ☐ یک بار در روز ☐ دوبار در روز (یا بیشتر) ☐ نمی‌دانم

۲- معمولا کودک‌تان چند دفعه بین وعده‌های اصلی غذایی (صبحانه، ناهار، شام) تنقلات و نوشیدنی‌های شیرین می‌خورد؟

☐ سه بار در روز یا بیشتر از ۳ بار ☐ ۲ بار در روز ☐ یک‌بار در روز ☐ گاهگاهی، نه هر روز ☐ نمی‌دانم

۳ –به‌طور متوسط مسواک زدن کودک‌تان در هر دفعه چقدر طول می‌کشد؟

☐ کمتر از یک دقیقه ☐ ۱- ۲ دقیقه ☐ ۲ دقیقه یا بیشتر

	همیشه یا تقریباً همیشه	بیشتر اوقات	به ندرت	هیچ‌وقت	نمی‌دانم
۴ –آیا کودک‌تان موقع مسواک زدن از خمیردندان فلورایددار استفاده کرده است؟					
۵ –آیا موقع مسواک زدن به کودک‌تان کمک می‌کنید؟					
۶–اگر کودک‌تان خودش مسواک می‌زند، آیا بعد از مسواک زدن دندان‌های او را نگاه می‌کنید که تمیز شده باشد؟					
۷–آیا دفعات خوردن نوشیدنی‌ها و تنقلات شیرین کودک‌تان را محدود می‌کنید؟					

۸ –آیا تا کنون وضعیت سلامت دهان و دندان (پوسیدگی و وضعیت لثه) کودک‌تان را چک کرده‌اید؟

☐ بلی، مرتب چک می‌کنم ☐ بلی، گاهی چک می‌کنم ☐ خیر، تاکنون چک نکرده‌ام

سوالاتی در مورد رفتار سلامت دهان <u>خودتان</u> :

۱- آیا موقع خرید خمیر دندان به میزان فلوراید آن توجه می‌کنید؟

☐ خیر، نمی‌دانم فلوراید چیست ☐ خیر، نمی‌دانم از کجا باید میزان فلوراید را بفهمم

۲- در طی یک هفته گذشته، آیا موقع مسواک زدن از خمیر دندان فلورایددار استفاده کرده‌اید؟

☐ بلی ☐ خیر

۳- معمولا چند وقت یک‌بار دندان‌های خود را مسواک می‌زنید؟

☐ نامنظم یا اصلاً مسواک نزده‌ام ☐ گاهی اوقات ☐ یک بار در روز ☐ دو بار در روز یا بیشتر

۴- آیا اطلاع دارید که خدمات دندانپزشکی کودکان زیر ۱۴ سال در مراکز خدمات جامع سلامت، به صورت دولتی در مناطق شهری و به صورت رایگان در مناطق روستایی ارائه می‌شود؟

☐ بلی ☐ خیر

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

جدول شماره ۱۲

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

ردیف	عنوان فعالیت‌ها	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند	فروردین	اردیبهشت	خرداد
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 کارگاه‌های آموزشی برای مجریان برنامه												
۵	برگزاری جلسات توجیهی – آموزشی برای انجمن اولیا و مربیان و تشکل سفیر سلامت دانش‌آموزی												
۶	برگزاری جلسات توجیهی – آموزشی برای والدین دانش‌آموزان												
۷	انجام آموزش سلامت دهان و دندان برای دانش‌آموزان												
۸	انجام آموزش از طریق فضاهای مجازی و سامانه‌های آموزشی مورد تایید وزارت آموزش و پرورش												
۹	انجام معاینات و غربالگری سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان												
۱۰	انجام وارنیش فلورایدتراپی برای دانش‌آموزان												
۱۱	ارجاع دانش‌آموزان نیازمند خدمات دندانپزشکی به همراه والدین												
۱۲	ارائه خدمات دندانپزشکی به دانش‌آموزان (بخش خصوصی، مراکز خدمات جامع سلامت، استفاده از دانشجویان دندانپزشکی مقطع عمومی و تخصصی، از کلینیک و یونیت‌های سیار یا اردوهای جهادی)												
۱۳	اجرای برنامه مسواک زدن گروهی دانش آموزان کلاس سوم ابتدایی												
۱۴	برگزاری پویش سلامت دهان و دندان												
۱۵	رگزاری جشن دندان ۶												
۱۶	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 دانش‌آموزان 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.
- ردیف‌های ۱، ۲ 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 وارنیش 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، اطلاعات مربوط به انجام طرح مسواک زدن گروهی تحت نظارت تکمیل می‌شود.
- در ردیف ۶، در ابتدای اجرای برنامه وسایل کمک آموزشی موجود در مدرسه تعیین و تعداد آن ثبت گردد.
- در ردیف ۷، 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 می‌گیرد.
- ردیف‌های ۱، ۲ در ابتدای برنامه و ردیف‌های دیگر در طول اجرای برنامه تکمیل شود.
- جداول کامل شده در هر مرحله برای رییس 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 رییس 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 می‌گیرد.
- ردیف‌های ۱، ۲ در ابتدای برنامه و ردیف‌های دیگر 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 می‌گیرد، 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 می‌گیرد. در روستا، این خدمات توسط بهورزان صورت می‌گیرد.
- وارنیش فلورایدتراپی در شهر و روستا توسط مجریان برنامه اعزامی از مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه سلامت/ خانه بهداشت انجام می‌گیرد.
- پس از تکمیل فرم، اطلاعات آن به پرونده سلامت دهان و دندان دانش آموز در سامانه‌های الکترونیک وزارت بهداشت وارد می‌شود. سپس فرم‌ها 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 می‌دهد.
- 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 هیچ‌گونه پوسیدگی، ترمیم و یا کشیده شدن بر اثر پوسیدگی می‌باشند

☆ **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 نمی‌باشد.

فرم شماره ۴-۱

- در صورت نیاز به خدمات دندانپزشکی، از این فرم برای ارجاع دانش آموز به دندانپزشک استفاده می‌شود.
- 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:** فرم‌های 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 می‌شود.

فرم 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 می‌شود.

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 می‌گردد. پس از تکمیل، این جدول در مدرسه نگهداری می شود و یک نسخه نیز در اختیار ارائه دهنده خدمت قرار می‌گیرد.
- 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 می‌کند.

جدول های شماره ۷ و ۸:

- این جدول‌ها، چک‌لیست 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 می‌باشد.
- چک لیست‌های تکمیل شده در جلسات کارگروه‌های شهرستان و استان مورد بررسی قرار گرفته و ضمن ارائه بازخورد به مدارس، شهرستان و استان، اقدامات لازم جهت رفع مشکلات و چالش‌ها صورت پذیرد.

فرم شماره ۹:

- این فرم توسط مدیر مرسه **هر ماه** تکمیل و به اداره آموزش و پرورش منطقه ارسال می‌شود و در کارگروه ستاد شهرستان در اختیار مسئول سلامت دهان و دندان شبکه شهرستان قرار می‌گیرد.
- این فرم نوسط شبکه بهداشت/ معاونت تجمیع شده و به دفتر سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت ارسال می‌شود.

فرم شماره ۱۰ و ۱۱:

- فرم شماره ۱۰ توسط دانش آموزان و فرم شماره ۱۱ توسط والدین مدارس منتخب نمونه گیری تکمیل می‌شود.
- ارزیابی دانش آموزان و والدین در هفته اول طرح و در هفته سوم اردیبهشت انجام می‌شود و فرم‌های ارزیابی تکمیل می‌شود و توسط مراکز خدمات جامع سلامت یا شبکه بهداشت و یا معاونت بهداشت از سطح مدارس/ ادارات مناطق آموزش و پرورش جمع‌آوری خواهدشد.
- معاونت بهداشت دانشگاه مسئولیت تجمیع و ارسال به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورش را بر عهده دارد.

تبصره: پرسشنامه والدین و فرم ارزیابی مدارس می‌تواند به صورت الکترونیک باشد.

نحوه نمونه گیری برای تکمیل و ارزیابی پرسشنامه‌ها

ردیف	تعداد منطقه/ ناحیه/ شهرستان	تعداد مدرسه دخترانه	تعداد مدرسه پسرانه	مجموع کلاس ها
۱	یک الی دو	یک مدرسه/ یک کلاس	یک مدرسه/ یک کلاس	دو
۲	سه الی شش	دو مدرسه/ یک کلاس	دو مدرسه/ یک کلاس	چهار
۳	هفت الی ده	چهار مدرسه/ یک کلاس	چهار مدرسه/ یک کلاس	هشت

جدول شماره۱۲

- تقویم زمان بندی فعالیت‌های برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی توسط کارگروه‌های ستاد شهرستان و استان برای هر سال تحصیلی تکمیل می‌گردد.