0003142502

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Πληροφορίες: Α. Μόσχου, Μ. Τσαντίδου
Ταχ. Δ/νση: Αριστοτέλους 17, Αθήνα
Ταχ. Κώδικας: 10433
Τηλ.: 213 216 1333
Email: pfy4@moh.gov.gr

Αθήνα, 31 -01 - 2024
Αριθμ. Πρωτ. Γ1δ/Γ.Π. οικ. 6412

ΠΡΟΣ: ΟΠΩΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

ΘΕΜΑ: Εφαρμογή προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας στα σχολεία της χώρας

Σχετ:
1) Το άρθρο 14 του ν.2071/1992 (Α΄123),όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 30 του ν.4715/2020 (Α' 149)
2) Η υπ΄ αρ. πρωτ. Γ1γ/ΓΦ3,3,13,18Z,ΦΑΥ4,6 (2022)/Γ.Π.57605/1-11-2022 (ΑΔΑ:ΨΨ87465ΦΥΟ-ΟΗ1) Εγκύκλιος με θέμα: «Ανάπτυξη-υλοποίηση από το Υπουργείο Υγείας δράσεων και παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας σε Εθνικό Επίπεδο, για το σχολικό έτος 2022-2023»
3) Η υπ΄ αρ. πρωτ Γ1δ/Γ.Π.6377/1-2-2023(ΑΔΑ:6Α4Λ465ΦΥΟ-ΛΒΣ) Εγκύκλιος με θέμα: « Συστάσεις και κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση φθοριούχων για την πρόληψη της τερηδόνας»
4) Η υπ΄ αρ. πρωτ. Γ1γ/ΓΦ3.3,13,18Z,ΦΑΥ4,6 (2023)/Γ.Π.32794/8-8-2023 (ΑΔΑ:9ΤΑΗ465ΦΥΟ-144) Εγκύκλιος με θέμα: «Ανάπτυξη- υλοποίηση από το Υπουργείο Υγείας δράσεων και παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας σε Εθνικό Επίπεδο, για το σχολικό έτος 2023-2024»

Με την ευκαιρία της έναρξης της νέας σχολικής χρονιάς και αναφορικά με την εφαρμογή του προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας στα σχολεία της χώρας που υλοποιείται από το σχολικό έτος 2017-2018 (σχετ. 3,4) σας ενημερώνουμε για τα εξής: 1) Το πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας στους μαθητές του

νηπιαγωγείου και του δημοτικού σχολείου (με έμφαση στους μαθητές Α΄ και Β΄ τάξης) αποτελεί σημαντικό πρόγραμμα πρόληψης, καθώς:

α) έως και το 90% του πληθυσμού θα εμφανίσει κάποια στοματική νόσο κατά τη διάρκεια της ζωής του/ης

β) πολλές από τις νόσους του στόματος μπορούν να προληφθούν

γ) η διατήρηση της υγείας του στόματος είναι κρίσιμη για τη διατήρηση της γενικής υγείας και της ποιότητας ζωής του ατόμου

δ) τα παιδιά μέχρι 8 ετών αποτελούν, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, προτεραιότητα και παράθυρο για τη βελτίωση της υγείας, καθώς λόγω της ταχύτατης ανάπτυξης του εγκεφάλου και της αυξημένης ικανότητας αλλαγής που διαθέτουν, μπορούν να θέσουν τις βάσεις για την υγεία και την ευεξία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Έχοντας υπόψη την κρισιμότητα της αγωγής στοματικής υγείας στα παιδιά έως 8 ετών, που είναι η ομάδα στόχος του προγράμματος, παρακαλούμε για τις ενέργειές σας προκειμένου την παρούσα σχολική χρονιά να ενταθούν οι δράσεις σας που έχουν ως στόχο την ενημέρωση/παροχή οδηγιών στοματικής υγιεινής και εξέταση των μαθητών των νηπιαγωγείων και των Α' και Β' τάξεων των δημοτικών σχολείων.

Το σχετικό ενημερωτικό υλικό του προγράμματος βρίσκεται αναρτημένο στην ιστοσελίδα https://www.eoo.gr/gera-dontia/# της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας.

Επισημαίνουμε την αυτονόητη σπουδαιότητα της παροχής των κάθε φορά ζητούμενων από το Υπουργείο στοιχείων και την αναγκαιότητα της έγκαιρης αποστολής τους από το σύνολο των Υ.Πε. Οι πίνακες καταγραφής και τα έντυπα που χρησιμοποιούνται στο πρόγραμμα αποστέλλονται συνημμένα σε ηλεκτρονική μορφή. Η συγκέντρωση των απολογιστικών στοιχείων κάθε Υ.Πε και η αποστολή τους προς την υπηρεσία μας θα γίνει από την/ον Συντονιστή Οδοντίατρο Υγειονομικής Περιφέρειας.

2) Αναφορικά με την εφαρμογή φθορίου στα σχολεία επισημαίνουμε ότι, σύμφωνα με την υπ΄αρ. σχετ. 3 εγκύκλιο και βάσει της απόφασης 4 της 285ης Ολομέλειας του ΚΕΣΥ/8-2-2021, η τοπική εφαρμογή φθορίου, σύμφωνα με τις οδηγίες, μπορεί να πραγματοποιείται σε σχολεία και δομές ανοιχτής και κλειστής φροντίδας στα πλαίσια προγραμμάτων πρόληψης της τερηδόνας με τη χρήση κινητών και φορητών οδοντιατρικών μονάδων.

Έως της έκδοσης της κ.υ.α του σχετ.(1) για τους όρους και τις προϋποθέσεις λειτουργίας των κινητών οδοντιατρικών μονάδων, συστήνεται η τοπική εφαρμογή φθορίου να πραγματοποιείται μόνο στις δομές υγείας και όχι στις σχολικές μονάδες.

Είμαστε στην διάθεση σας για κάθε διευκρίνιση.

Συνημμένα:

1) έντυπο συναίνεσης

2) έντυπο κατάστασης στοματικής υγείας παιδιού

3) έντυπο αποτελεσμάτων

Η ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ε. ΑΓΑΠΗΔΑΚΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑ

ΕΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Η ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΕΙΡΗΝΗ ΠΕΤΣΗ

οδοντιατρικής εξέτασης
4) δελτίο απολογιστικών δράσεων Υ.Πε

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ

1. Όλες τις Υγειονομικές Περιφέρειες, Γραφείο. κ.κ. Διοικητών (με την παράκληση να ενημερωθούν οι υπηρετούντες οδοντίατροι σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας αρμοδιότητάς τους) (ηλεκτρονικά).
2. Περιφέρειες της Χώρας, Γραφείο κ.κ. Περιφερειαρχών (για ενημέρωση των Γεν. Δ/νσεων Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας και των Δ/νσεων Δημόσιας Υγείας των Π.Ε.)
3. Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων
   Ανδρέα Παπανδρέου 37, 151 80 Μαρούσι

α) Γενική Δ/νση Σπουδών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης
β) Διεύθυνση Σπουδών, Προγραμμάτων και Οργάνωσης Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης
γ) Δ/νση Υποστήριξης Προγραμμάτων & Εκπαίδευσης για την Αειφορία

4. Περιφερειακές Διευθύνσεις Εκπαίδευσης (Πρωτοβάθμιας) (ηλεκτρονικά)
(με την παράκληση να ενημερωθούν οι σχολικές μονάδες αρμοδιότητάς τους)

ΚΟΙΝ/ΣΗ

Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, Θεμιστοκλέους 38, 106 78 Αθήνα

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γραφείο. κ. Υπουργού Υγείας
2. Γραφείο κ. Αν. Υπουργού Υγείας
3. Γραφείο κ. Υφυπουργού Υγείας
4. Γραφείο. κ.κ. Γεν. Γραμματέων
5. Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας
6. Δ/νση Π.Φ.Υ, Τμήματα Γ΄& Δ'

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

.....Υγειονομική Περιφέρεια

....., / /20

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
Κέντρο Υγείας: _____
Ταχ. Δ/νση: _____ **Τηλ:** _____
Πληροφορίες: _____
E-mail: _____ **Fax:** _____

Προληπτική Οδοντιατρική
ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Προς τους Γονείς και Κηδεμόνες του ..... Δημοτικού Σχολείου

Το οδοντιατρείο του Κέντρου Υγείας ....., υλοποιεί πρόγραμμα/δράση οδοντιατρικού ελέγχου και ενημέρωσης για τη Στοματική Υγεία, στις σχολικές μονάδες Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της περιοχής ευθύνης του.
Στο πλαίσιο του προγράμματος/δράσης, θα γίνει στις ...../...../20.... στους μαθητές της .....τάξης του σχολείου, οδοντιατρική εξέταση. Η εξέταση θα πραγματοποιηθεί στο χώρο του σχολείου ☐/ οδοντιατρείου ☐ του Κέντρου Υγείας, με όλους τους κανόνες υγιεινής και κάθε παιδί θα λάβει ενημερωτική επιστολή με τα αποτελέσματα της εξέτασης. **Την ημέρα της επίσκεψης των οδοντιάτρων, τα παιδιά είναι σημαντικό να έχουν μαζί τους το Βιβλιάριο Υγείας Παιδιού.**

Σχετικά με τη συμμετοχή του παιδιού σας στο πρόγραμμα, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να παραδώσετε έως την ημέρα της επίσκεψης, την παρακάτω δήλωση.

Ο/Η παρακάτω υπογεγραμμένος/η ..... γονέας/κηδεμόνας, του/της μαθητή/-τριας ..... δηλώνω ότι:

Επιθυμώ ☐ **Δεν επιθυμώ** ☐ να εξεταστεί το παιδί μου από τον/την οδοντίατρο του Κέντρου Υγείας .....

Ο Γονέας/Κηδεμόνας

.....
(υπογραφή)

Είμαστε στη διάθεσή σας, για οποιαδήποτε διευκρίνιση και πληροφορία.

Με εκτίμηση,

Ο/Η Οδοντίατρος, _____ του **Κέντρου Υγείας** _____
(ονοματεπώνυμο)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

...η Υγειονομική Περιφέρεια
Κέντρο Υγείας:

....., / /20

Ταχ. Δ/νση: Τηλ: Fax:

Πληροφορίες: E-mail:

ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Α. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	Ημ/νία Εξέτασης:				Κωδικός:	
Επώνυμο:	Όνομα:				Φύλο: Αγόρι / Κορίτσι	
ΑΜΚΑ: / Ημ/νία Γέννησης	Ίδρυμα/Σχολική Μονάδα:				Τάξη:	

Β. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ (ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΣ) (Σημειώστε στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο τις επεξηγήσεις)																**ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ**	
1. Κατάσταση δοντιών																	Γερό	0
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	Τερηδονισμένο	1
																	Σφραγισμένο και επανατερηδονισμένο	2
X	X	X												X	X	X	Σφραγισμένο	3
X	X	X	55	54	53	52	51		61	62	63	64	65	X	X	X	Έχει γίνει εξαγωγή λόγω τερηδόνας	4
X	X	X	85	84	83	82	81		71	72	73	74	75	X	X	X	Έχει γίνει εξαγωγή λόγω άλλης αιτίας	5
X	X	X												X	X	X	Υπάρχει έμφραξη οπών και σχισμών	6
																	Υπάρχει στεφάνη	7
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	Μόνιμο δόντι που δεν έχει ανατείλει	8

2. Κατάσταση περιοδοντίου (CPITN)		**3.Οδοντογναθικές ανωμαλίες**	**4. Στοματικός βλεννογόνος**	
0 = απόλυτη υγεία 1 = αιμορραγία μετά από ανίχνευση		☐ 0 = Δεν υπάρχει βλάβη 1 =Υπάρχει βλάβη	☐ 0 = Καμία 1 =Ελαφριά 2 = Μέτρια ή Σοβαρή	Περιγράψτε:

Παρατηρήσεις:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

.....Υγειονομική Περιφέρεια

....., / /20

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
Κέντρο Υγείας: _____
Ταχ. Δ/νση: _____ **Τηλ:** _____
Πληροφορίες: _____
E-mail: _____ **Fax:** _____

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Αγαπητοί γονείς,

Στο πλαίσιο των προληπτικών δραστηριοτήτων του Οδοντιατρείου του Κέντρου Υγείας ....., το παιδί σας ..... εξετάστηκε από οδοντίατρο και διαπιστώθηκε ότι χρειάζεται:

- ☐ Οδοντιατρική θεραπεία (λόγω τερηδόνας / τραυματισμού)
- ☐ Καθαρισμό των δοντιών στο οδοντιατρείο
- ☐ Καλύτερο βούρτσισμα δοντιών
- ☐ Τοποθέτηση προληπτικών καλύψεων οπών και σχισμών
- ☐ Φθορίωση δοντιών
- ☐ Εξέταση από ειδικό ορθοδοντικό

Σας θυμίζουμε ότι οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην διατήρηση της στοματικής υγείας του παιδιού:

✓ Προτρέποντας το παιδί να βουρτσίζει τα δόντια του με φθοριούχο οδοντόπαστα δύο φορές την ημέρα - η μια φορά θα πρέπει να είναι οπωσδήποτε το βράδυ, πριν πάει για ύπνο. Οι γονείς, εκτός από την επίβλεψη του βουρτσίσματος των παιδιών, καλό είναι να βουρτσίζουν τα δόντια τους ταυτόχρονα με τα παιδιά και να αποτελούν έτσι θετικό πρότυπο για τη φροντίδα των δοντιών.

✓ Να θυμάστε ότι τα γλυκίσματα και τα ροφήματα που έχουν ζάχαρη (αναψυκτικά, χυμοί με ζάχαρη κ.α.) είναι βλαπτικά για τα δόντια αλλά και για την γενική υγεία του παιδιού και καλό είναι να καταναλώνονται μετά το φαγητό και όχι ανάμεσα στα γεύματα.

✓ Τέλος, σας υπενθυμίζουμε ότι όλα τα παιδιά χρειάζεται να επισκέπτονται τον οδοντίατρο δύο φορές τον χρόνο για προληπτική εξέταση και τοπική εφαρμογή φθορίου (φθορίωση), που βοηθάει στην προστασία των δοντιών από την τερηδόνα.

Σας ενημερώνουμε ότι στο οδοντιατρείο του Κέντρου Υγείας ....., πραγματοποιούνται, δίχως οικονομική επιβάρυνση και με προτεραιότητα, οδοντιατρικές εργασίες σε παιδιά. Για πληροφορίες και ορισμό ραντεβού τηλεφωνήστε στο ....., ή κλείστε ηλεκτρονικά το ραντεβού σας, στη διεύθυνση http://rdv.ehealthnet.gr

Με εκτίμηση,

Ο/Η Οδοντίατρος, _____ του **Κέντρου Υγείας** _____
(ονοματεπώνυμο)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

.....η Υ.Πε

Υπεύθυνος/η συμπλήρωσης στοιχείων: _____

Αθήνα, / /20

Ιδιότητα: _____ Τηλ: _____

E-mail: _____ Fax: _____

ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ .....Υ.Πε., ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ - ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

					Σύνολο ΠΑΙΔΙΩΝ τάξης	Στο σχολικό ίδρυμα			ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ παιδιών σε Οδοντιατρική Μονάδα για:														ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΡΑΠΟ-ΜΠΗΣ	Αριθμός Γονέων Δασκάλων που ενημερώθηκαν
						ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ			ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ						ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ										
						Αναγράψτε αριθμό παιδιών ανά κωδ. Πράξης																			
Ημ/νία	Φορέας	Περιοχή	Ίδρυμα (προσχολικό – σχολικό)	Τάξη		ΚΩΔ			ΚΩΔ						ΚΩΔ										
						1	2	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8			

ΚΩΔΙΚΟΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕΧΡΙ 15 ΕΤΩΝ

	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ		**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ**
Κωδ.	Περιγραφή	**Κωδ.**	Περιγραφή
1	**Εξέταση και χορήγηση οδοντιατρικής βεβαίωσης**	1	Αντιμετώπιση επείγοντος οξέος περιστατικού για πολφίτιδα, Οδοντικό απόστημα,
2	**Τοπική εφαρμογή φθορίου**	2	Απλή έμφραξη οδόντος
3	Προληπτική έμφραξη οπών και σχισμών μονιμων γομφίων	3	Σύνθετη έμφραξη οδόντος
4	Αποτρύγωση - Αφαίρεση Οδοντικής πλάκας - Οδηγίες Στοματικής	4	Εξαγωγή νεογιλού οδόντος
5	Ενδοστοματική ακτινογραφία	5	Μηχάνημα διατήρησης χώρου σε πρόωρη απώλεια νεογιλού
6	**Ενημέρωση - Οδηγίες Στοματικής Υγιεινής**	6	Πολφτομή νεογιλού
		7	Στεφάνη νεογιλού
		8	Εξαγωγή μόνιμου οδόντος

<u>Παρατηρήσεις:</u>

1. Παρακαλούμε, σβήστε τα παραδείγματα του υποδείγματος και συμπληρώστε τα στοιχεία αρμοδιότητας της Υ.Πε, χωρίς να αλλάξετε τη διάταξη των στηλών

2. Με κίτρινο οι τρεις προληπτικές πράξεις που μπορούν, κάτω από κατάλληλες συνθήκες, να διενεργηθούν ή διενεργούνται, τόσο σε σχολικό χώρο όσο και στο οδοντιατρείο. Οι τρεις κωδικοί είναι ίδιοι τόσο στις στήλες «Στο σχολικό ίδρυμα - Προληπτικές πράξεις» όσο και στις στήλες «ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ παιδιών σε οδοντιατρική μονάδα για: Προληπτικές πράξεις». Συμπληρώστε τις στήλες, ανάλογα με το χώρο στον οποίο διενεργούνται οι σχετικές πράξεις.