طرح ارتقاء سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

**مرکز بهداشتی درمانی شهری : □ مرکز بهداشتی درمانی شهری – روستایی □ مرکز بهداشتی درمانی روستایی □**

**نام تکمیل کننده فرم : نام ثبت کننده اطلاعات : تاریخ تکمیل فرم :**

**اطلاعات عمومی :**

**جنس : 1 – مذکر □ 2 – مؤنث □**

**نام و نام خانوادگی : تاریخ تولد ( به روز و ماه و سال ) : سن ( به سال ) :**

**مقطع تحصیلی : 1 – اول ( بدو ورود ) 2 – دوم 3 – سوم 4 – چهارم 5 – پنجم 6 – ششم**

**بیمه : 1 – تأمین اجتماعی 2 – خدمات درمانی 3 – بیمه سلامت ایرانیان 4 – نیروهای مسلح**

**5 – کمیته امداد 6 – شهرداریها 7 – بیمه روستایی**

**آدرس :**

**تلفن ثابت منزل : تلفن همراه والدین : کد ملی دانش آموز :**

**نام مدرسه :**

**بیماری خاص در صورت وجود : نام پدر :**

**نیازهای درمانی / درمانهای انجام شده :**

**7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7**

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

**7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7**

E D C B A A B C D E

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

E D C B A A B C D E

**1 : خارج کردن 2 : درمان تخصصی 3 : ترمیم دندان 4 : سیلانت تراپی**

**□ : caries free □ : هیچ مشکلی ندارد □ : نیاز به جرم گیری دارد**

6

6

**سیلانت تراپی**

6

6

**وارنیش فلوراید تراپی شده است ؟ بلی خیر**

**در صورت انجام : تاریخ : سال ماه روز**

**نیاز به درمان تخصصی :**

**ارتودنسی □ جراحی □ پریو □ درمان تخصصی اطفال □**

**پروتز □ درمان ریشه □**