.**................................................... İLİ**

**.................................. TOPLUM SAĞLIK MERKEZİ**

**FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMASI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

**(2019/2020 Eğitim Öğretim Yılı )**

**UYGULAMADA KARŞILAŞILABİLECEK YAN ETKİLER**

1. Uygulama esnasında öğürme refleksine bağlı olarak nadiren bulantı veya kusma gelişebilir.
2. Reçine veya çam fıstığı alerjisi olan çocuklarda alerjik reaksiyonlara rastlanabilir. Alerjik reaksiyonlar, ağız içinde kabartılar şeklinde görülebilir.
3. Astım hastalarında çok nadir olarak nefes darlığı gelişebilir.

**ÖNERİ:** Florürlü vernik uygulaması sonrasında beklenmeyen bir etki görüldüğü takdirde vernik, diş fırçası ve diş ipi kullanılarak diş yüzeyinden temizlenir ve ılık su ile ağız çalkalatılarak çocuğun tükürmesi sağlanır. Sonrasında çocuğun en yakın sağlık merkezine götürülmesi önerilir.

**Yukarıdaki bilgileri eksiksiz olarak okudum ve anladım. Çocuğumun genel sağlık durumunda meydana gelecek değişiklikleri bildireceğimi kabul ediyorum.**

**Velisi olduğum …………………………………. İlkokulu ………. sınıfında bulunan oğlum/kızım ……………………………….………………’in dişlerine florürlü vernik uygulanmasına;**

* ***İzin veriyorum.***
* ***İzin vermiyorum. (Nedenini işaretleyiniz).***
  + Çocuğumun alerjisi var.
  + Zararlı olduğunu düşünüyorum.
  + Faydalı olduğunu düşünmüyorum.
  + Yeterince bilgi sahibi değilim.
  + Okul dışında florürlü vernik uygulamasını çocuğuma düzenli olarak yaptırıyorum.

**Son 6 ay içerisinde florürlü vernik/jel uygulaması yapıldı ise uygulama tarihini gün,ay,yıl olarak yazınız.**

EvetHayır

Uygulama tarihi …./…./…. [www.egitimhane.com](http://www.egitimhane.com)