

Αγαπητοί γονείς/κηδεμόνες,

Η 4^η Υ.Πε. υλοποιεί πρόγραμμα Αγωγής Στοματικής Υγείας και Προληπτικής Οδοντιατρικής. Σκοπός του προγράμματος είναι η πρόληψη και προαγωγή της Στοματικής υγείας των μαθητών/τριών μέσα από την βιωματική/ενεργητική μάθηση.

Στα πλαίσια αυτά Οδοντίατρος και Υγειονομικός θα επισκεφτούν το σχολείο σας ή/και μαθητές θα επισκεφτούν την Οδοντιατρική Μονάδα της περιοχής σας.

Είναι ιδιαίτερα σημαντική η πρόληψη της τερηδόνας σε αυτήν την ηλικία, καθώς έχει αποδειχθεί ότι άτομα που προσβάλλονται από τερηδόνα στην παιδική ηλικία, αποτελούν ασθενείς υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη τερηδόνας και στην υπόλοιπη ζωή τους. Συνεπώς είναι πολύ σημαντική η εκμάθηση της σωστής φροντίδας των δοντιών τους από νωρίς.

Στα πλαίσια του προγράμματος Αγωγής Στοματικής Υγείας, οι μαθητές θα ενημερωθούν και θα εκπαιδευτούν με βιωματικό τρόπο για τα εξής θέματα:

- Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη τερηδόνας και ουλίτιδας.
- Η αξία της καθημερινής Στοματικής Υγιεινής και της φροντίδας του στόματός τους.
- Η σημασία της υγιεινής διατροφής (φρούτα-λαχανικά) και οι επιπτώσεις της συχνής λήψης σακχάρων.
- Γνωριμία με τα δόντια και τη στοματική κοιλότητα.
- Επίδειξη του σωστού τρόπου βουρτσίσματος και των άλλων μέσων στοματικής υγιεινής, εκπαίδευσή τους στη σωστή τεχνική χρήσης τους και καθιέρωση καλών συνηθειών Στοματικής Υγιεινής από μικρή ηλικία.
- Αποκάλυψη των μικροβίων της οδοντικής πλάκας με τη φυτική χρωστική ερυθροσίνη (φουξίνη).
- Ενδοστοματική εξέταση των παιδιών με γλωσσοπίεστρα και γάντια μίας χρήσης, κατά την οποία δεν υπάρχει καμία ενόχληση στο παιδί.
- Ενημέρωσή σας για τα ευρήματα της εξέτασης. (σε σχολική αίθουσα η εξέταση θεωρείται αδρή)

Την ημέρα της Οδοντιατρικής επίσκεψης είναι απαραίτητο να προσκομίσει το παιδί την **Οδοντόβουρτσά** του !

Εφόσον δέχεστε να συμμετάσχει το παιδί σας στην οδοντιατρική εξέταση, παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία με την υπογραφή σας.

Ο/Η γονέας/κηδεμόνας του/της
μαθητή/τριας της τάξης του
..... σχολείου, επιθυμώ να συμμετάσχει το παιδί μου.

Ημερ/νία/..../.....

Ο γονέας/κηδεμόνας

Υπογραφή