

ΑΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ		(η μονάδα υγείας που πραγματοποίησε ή συμμετείχε στη δράση)					
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ		(αν η δράση διήρκεσε πάνω από μία ημέρα, αναφέρετε τις ημέρες)		ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ/ΗΜΕΡΩΝ ΓΙΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ			
ΦΟΡΕΑΣ		(αναφέρατε τον φορέα στον οποίο/για τον οποίο πραγματοποιήθηκε η δράση, πχ συγκεκριμένο σχολείο, σύλλογος, σωματείο, φορέας)					
ΧΩΡΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ		(αναφέρατε το χώρο πραγματοποίησης της δράσης, πχ συγκεκριμένο σχολείο, συνεδριακός χώρος, χώρος της μονάδας υγείας κτλ)					
A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΡΑΣΗΣ							
A1. ΜΕΘΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ							
☐ Ομιλία		☐ Εξέταση και Καταγραφή		☐ Ενημερωτική συνάντηση (γονείς –κηδεμόνες – εκπαιδευτικοί)		☐ Εκπαιδευτικό σεμινάριο	
☐ Φθορίωση με βερνίκι		☐ Φθορίωση με ζελέ		☐ Άλλη			
A2. ΕΠΟΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ – ΥΛΙΚΟ							
☐ Projector		☐ Πρόσθετο υλικό		☐ Μοντέλο Επίδειξης βουρτσίσματος		☐ Βιωματικές ασκήσεις (Πειράματα)	
☐ Άλλο							
A3. ΟΜΑΔΑ ΣΤΟΧΟΣ							
☐ Μαθητές		☐ Εκπαιδευτικοί		☐ Γονείς & Κηδεμόνες		☐ Μέλη Συλλόγων/Σωματείων/Φορέων	
☐ Φοιτητές		☐ Άλλη					
A4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ – ΒΑΘΜΙΔΑ – ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ							
ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ		(αριθμός παιδιών)		ΑΛΛΟ			
Σχολείο						Παραπομπή σε Οδοντιατρείο για	
Ημερ/νία	ΤΑΞΗ	Σύνολο παιδιών	Εξέταση & χορήγηση βεβαίωσης	Φθορίωση	Ενημέρωση – Ομιλία – Οδηγίες Στομ. Υγιεινής	Προληπτικές Πράξεις	Θεραπευτικές Πράξεις
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
		(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)	(αρ.)
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ	(αρ.)	ΓΟΝΕΙΣ - ΚΗΔΕΜΟΝΕΣ		(αρ.)	ΦΟΙΤΗΤΕΣ	(αρ.)	
A6. ΑΛΛΗ ΟΜΑΔΑ ΣΤΟΧΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ							
ΜΕΛΗ ΣΥΛΛΟΓΩΝ/ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ/ ΦΟΡΕΩΝ		(αρ.)	ΑΛΛΟ (προσδιορίστε)		(αρ.)	ΑΛΛΟ (προσδιορίστε)	(αρ.)
B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ							
B1. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ							
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ				ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	
1.							
2.							

3.		
4.		
5.		
6.		
Γ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ		
(αναφέρετε παρατηρήσεις ή προβλήματα που ανέκυψαν κατά την υλοποίηση της δράσης)		
Δ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ		
(αναφέρετε προτάσεις για την τυχόν βελτίωση της δράσης)		
Ε. ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΥΛΙΚΟ		
(να επισυνάπτεται σε περίπτωση που υπάρχει αντίστοιχο φωτογραφικό υλικό από τη δράση)		
Ο Υπεύθυνος της δράσης Τόπος, Ημερομηνία		
Το παρόν δελτίο θα πρέπει να συμπληρώνεται το αργότερο εντός πέντε (5) ημερών από την ημερομηνία της ολοκλήρωσης της δράσης σε κάθε σχολική μονάδα και να αποστέλλεται με έναν από τους κάτωθι τρόπους στο Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας και ΠΦΥ της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης: - Με fax: 2810-331570 - Με email: dprogram@hc-crete.gr		