

T.C.
HASKÖY KAYMAKAMLIĞI
Hasköy Toplum Sağlık Merkezi

SAYI : 71456972-4.49.32.04 / 76
KONU: Öğrenci Muaynesi Hk.

14/02/2017

İVEDİ

MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE
HASKÖY

İLGİ: Halk Sağlığı Müdürlüğünün 26/12/2016 tarih ve 74632837-234.99-E.1141 sayılı yazısı.

İlgili tarih ve sayıya istinaden; Hasköy Toplum Sağlık Merkezine bağlı Aile Sağlığı Merkezi Hekimleri tarafından 2016-2017 Eğitim Öğretim Yılı içinde Hasköy Merkez Okullar ve Merkeze bağlı köy okullarında eğitim görmekte olan tüm öğrencilere sağlık taraması yapılacaktır. Söz konusu yazıya istinaden ekte belirtilen Öğrenci Muayene/İzlem formunun Anasınıfı, İlkokul, Ortaokul, Lise öğrencilerine dağıtılıp Öğrenciye ait kimlik Bilgilerinin doldurulup öncelikli olarak Ortaokul 4(8.sınıf) ve Lise Son(12.)sınıflar olduğundan dolayı belirtilen sınıfların Sorumlu Öğretmen öncülüğünde dağıtılan öğrenci muayene/izlem formları ile beraber Hasköy Aile Sağlığı Merkezine gelmeleri hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. İsmail ARSLAN
Toplum Sağlık Merkezi Sorumlu Tabibi



EK: 1 Adet Yazı
1 Adet Öğrenci Muayene/İzlem Formu

Bilgi için: Hilal TAŞ/HEMŞİRE
Hasköy Toplum Sağlık Merkezi
Sunay Mah. 49700 Hasköy/Muş
Tel: 0(436)411 21 48



T.C.
MUŞ VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

MUŞ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - MUŞ BULASICI
OLMAYAN HASTALIKLAR KONTROL PROGRAMLARI
VE KANSER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
26/12/2016 19:10 - 74632837 - 234.99 - E.1141



Sayı : 74632837-234.99
Konu : Öğrenci Muayene/İzlem Formu

DAĞITIM YERLERİNE

Okul sağlığı; öğrencilerin, okul çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır.

Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı ile T.C Milli Eğitim Bakanlığı arasında yeni "Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü" imzalanmıştır.

25 Ocak 2013 tarihli ve 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 4. Maddesi, 5 Şubat 2015 tarihli ve 29258 sayılı Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinin 30. Maddesi ve yeni Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü gereğince öğrencilerin yıllık periyodik muayene/izlemlerinin kayıtlı oldukları aile hekimi tarafından yapılması gerekmektedir. Söz konusu muayene/izlem, öğrencilerin yaş özellikleri dikkate alınarak Bakanlıkça yayımlanan rehberler (Bebek Çocuk Ergen İzlem Protokolleri) alınarak doğrultusunda yapılmalıdır. Muayene/izlem sırasında yapılacak hizmetlere ilişkin özet tablo yazımız ekinde gönderilmiştir.

Muayene izlem verilerinin Aile Hekimliği Bilgi Sistemine (AHBS) girilmesinin ardından ekte yer alan "Form 1: Öğrenci Muayene/İzlem Bildirim Formu" doldurularak çıktısının aileye verilmesi ve okula iletilmesinin sağlanması gerekmektedir.

Söz konusu yazının tüm aile hekimlerine bildirilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Dr.Ahmet Cemil ERGÜN
Halk Sağlığı Müdür Yrd.

fundagul.olgün@saglik.gov.tr

Faks No:

e-Posta: fundagul.olgün@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Fundagül OLGÜN

Bilgi için: Fundagül OLGÜN

Unvan: EBE

Telefon No: 0322 457 69 58

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7b20eed8-92eb-4b1e-b95f-af2e967fa61 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

.....İLİ
..... AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

ÖĞRENCİ MUAYENE/ İZLEM BİLDİRİM FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı :
T.C. Kimlik Numarası :
Baba Adı :
Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl) :
Cinsiyeti (Kız/Erkek) :
Telefon :
Adres :
Muayene Tarihi :
Protokol No :

Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin **periyodik izlem/ muayenesi** yapılmıştır.

SONUÇ

- İzlem yapıldı
 Muayene yapıldı
 Gerekli tedavi düzenlendi/önerilerde bulunuldu
 İleri tetkik ve tedavi için bir üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygun görüldü
 Dış Hekimine yönlendirildi

OKUL/ÖĞRETMEN BİLGİLENDİRME NOTU:

.....
.....
.....
.....

Dr. Adı-Soyadı

İmza



T.C.
MUŞ VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

MUŞ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - MUŞ BULASICI
OLMAYAN HASTALIKLAR KONTROL PROGRAMLARI
VE KANSER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
26.12/2016.19.10 - 74632837 - 234.99 - E.1141



Sayı : 74632837-234.99
Konu : Öğrenci Muayene/İzlem Formu

DAĞITIM YERLERİNE

Okul sağlığı; öğrencilerin, okul çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır.

Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı ile T.C Milli Eğitim Bakanlığı arasında yeni "Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü" imzalanmıştır.

25 Ocak 2013 tarihli ve 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 4. Maddesi, 5 Şubat 2015 tarihli ve 29258 sayılı Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinin 30. Maddesi ve yeni Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü gereğince öğrencilerin yıllık periyodik muayene/izlemlerinin kayıtlı oldukları aile hekimi tarafından yapılması gerekmektedir. Söz konusu muayene/izlem, öğrencilerin yaş özellikleri dikkate alınarak Bakanlıkça yayımlanan rehberler (Bebek Çocuk Ergen İzlem Protokolleri) alınarak doğrultusunda yapılmalıdır. Muayene/izlem sırasında yapılacak hizmetlere ilişkin özet tablo yazımız ekinde gönderilmiştir.

Muayene izlem verilerinin Aile Hekimliği Bilgi Sistemine (AHBS) girilmesinin ardından ekte yer alan "Form 1: Öğrenci Muayene/İzlem Bildirim Formu" doldurularak çıktısının aileye verilmesi ve okula iletilmesinin sağlanması gerekmektedir.

Söz konusu yazının tüm aile hekimlerine bildirilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Dr. Ahmet Cemil ERGÜN
Halk Sağlığı Müdür Yrd.

fundagul.olgun@saglik.gov.tr

Faks No:

e-Posta: fundagul.olgun@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Fundagül OLĞUN

Bilgi için: Fundagül OLĞUN

Unvan: EBE

Telefon No: 0322 457 69 58

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7b20eed8-92eb-4b1e-b95f-ae12e967fa61 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

.....İLİ
..... AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

ÖĞRENCİ MUAYENE/ İZLEM BİLDİRİM FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı :
T.C. Kimlik Numarası :
Baba Adı :
Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl) :
Cinsiyeti (Kız/Erkek) :
Telefon :
Adres :
Muayene Tarihi :
Protokol No :

Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin **periyodik izlem/ muayenesi** yapılmıştır.

SONUÇ

- İzlem yapıldı
 Muayene yapıldı
 Gerekli tedavi düzenlendi/önerilerde bulunuldu
 İleri tetkik ve tedavi için bir üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygun görüldü
 Dış Hekimine yönlendirildi

OKUL/ÖĞRETMEN BİLGİLENDİRME NOTU:

.....
.....
.....
.....

Dr. Adı-Soyadı

İmza