

**EK:1 Veri Toplama Formu (Ortaokul ve Lise )****TARAMA YAPILAN OKUL İSMİ:**

Değerlendirme yapan Öğrencisinin Adı Soyadı:

Okula ait Özellikler	Evet	Hayır
Okul hemşiresi varlığı:		
Okul hekimi varlığı:		
Psikolojik danışman ve rehberlik varlığı:		
Okulda mavi Bayrak varlığı		
Okulda beyaz Bayrak varlığı		
Okulda yeşil Bayrak varlığı		
<b>Taranan öğrenciye ait özellikler</b>		
Sınıfı		
Öğrencinin Adı-Soyadı:		
Yaş:		
Cinsiyet:		
Öğrencinin Babasının mesleği		
Öğrencinin Annesinin mesleği		
Kardeş sayısı		
Memleket		
Evde yaşayan kişi sayısı		
Okul başarısı:		
Olmak istediği meslek		

**ÖĞRENCİNİN FİZİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ**

1.AĞIZ-DIŞ SAĞLIĞI TARAMASI	DEĞERLENDİRME Evet(+)	DEĞERLENDİRME Hayır( - )	AÇIKLAMALAR
<b>Çürük diş varlığı</b>			
Çürük Sayısı			
Çürük diş sağ alt arka bölgede			
Çürük diş sağ üst arka bölgede			
Çürük diş sol alt arka bölgede			
Çürük diş sol üst arka bölgede			
Çürük diş sağ alt ön bölgede			
Çürük diş sağ üst ön bölgede			
Çürük diş sol alt ön bölgede			
Çürük diş sol alt üst bölgede			
<b>Dolgu diş varlığı</b>			
Dolgu Diş Sayısı:			
Dolgu diş sağ alt arka			
Dolgu diş sağ üst arka			
Dolgu diş sol alt arka			
Dolgu diş sol üst arka			
Dolgu diş sağ alt ön bölgede			
Dolgu diş sağ üst ön bölgede			
Dolgu diş sol ön bölgede			
Dolgu diş sol üst ön bölgede			
<b>Kayıp Diş Sayısı:</b>			
Kayıp Diş Sayısı:			
Kayıp diş sağ alt arka			
Kayıp diş sağ üst arka			
Kayıp diş sol alt arka			
Kayıp diş sol üst arka			
Kayıp u diş sağ alt ön bölgede			
Kayıp diş sağ üst ön bölgede			
Kayıp diş sol alt ön bölgede			
<b>Diş hekimi ve kontrol durumu</b>			

En son diş hekime gitme zamanı(ay olarak belirtiniz) örnek 1 ay önce			
Düzenli olarak Diş hekimine gitme durumu			
Düzenli, ayda bir			
Düzenli, yılda bir			
Düzenli, yılda iki			
Diş doktoruna Şikâyetim olduğunda giderim			
Diş fırçalama eğitimi aldınız mı?			
Diş fırçalamayı öğrendiğiniz kişi var mı?			1.Anne 2. Baba 3 kardeş 4.öğretmen 5.Televizyon
Evde düzenli olarak diş fırçalan kişiler var mı?			1.Anne 2. Baba 3 kardeş
Kendinize ait diş fırçasınız var mı?			
Diş fırçalamaya ne zaman başladınız			
Her gün Dişlerinizi fırçalamıyor musunuz?			
Diş fırçalama süresi			
Günde iki defa düzenli			
Günde bir kez düzenli			
Dikkat etmiyorum			
<b>Kullanılan Diş fırçası özelliklerini</b>			
Kullanıldığı Diş fırçası özelliklerini bilme durumu			
Yumuşak, büyük			
Yumuşak, orta			
Orta sertlikte, büyük			
Orta sertlikte orta			
Sert orta boyutta			
Sert küçük boyutlu			
<b>Diş fırçasını ne sıklıkla değiştireceğini bilme durumu</b>			
Hiç değiştirmedim			
Yılda bir değiştiririm			
Dişimi fırçalamada zorlandığımda,			
Altı ayda bir değiştiririm			
<b>Diş ipi kullanıyor musunuz?</b>			
<b>Diş ipi kullanıyor musunuz?</b>			
<b>Ağız ve diş sağlığı durumu</b>			
Ağızda Aft varlığı			
Dudakta Uçuk varlığı			
Diş eti kanaması varlığı			
Diş eti hastalığı varlığı			
Sistemik bir hastalık varlığı			
Diş için uygulanan tedavi varlığı			
Fissur uygulaması yaptırma			
<b>Diş sağlığı ve beslenme ilişkisini bilme durumu</b>			
Asitli yiyecek-içecek tüketmemeye dikkat etme durumu			
Asitli yiyecek ve içecekten sonra ağızınızı çalkalama dikkat etme durumu			
Dişlerle sert yiyecekler kırmamaya dikkat etme durumu			
Günlük süt tüketimine dikkat etme ürünü			
<b>Diş fırçalama tekniğini durumu</b>			
Diş macununun içeriğe dikkat etme durumu			
Diş macunu nohut büyüklüğünde olma durumu			
Diş etinden aşağıya doğru süpürme hareketi ile fırçalama			

Diş fırçasını diş etlerine 45 derece açı ile yerleştirme			
Diş fırçalarırken dişlerin ön ve arka yüzler ön ve arka yüzler küçük hareketlerle fırçalama			
Üst ön ve alt ön dişlerin ön ve arka yüzleri küçük hareketlerle fırçalama			
Üst ön ve alt ön dişlerin araka yüzeyleri diş fırçası dik tutularak yukarı aşağı hareket edilerek fırçalama			
Dili arkadan öne doğru fırçalama			

## BESLENME ALIŞKANLIKLARI DEĞERLENDİRME FORMU

2.BESLENME ALIŞKANLIĞI DURUMU	ELDE EDİLEN DEĞER		OLMASI GEREKEN DEĞER AÇIKLAMALAR
Boy:			
Kilo:			
BKI:			
Bel/Boy uzunluğu			
Sandalye bacak boyu:			
	DEĞERLENDİRME Evet(+)	DEĞERLENDİRME Hayır(-)	AÇIKLAMALAR
<b>Günlük öğünlere dikkat etme durumu</b>			
Sabah			
Öğle			
Akşam			
<b>Yeme Alışkanlıkları</b>			
Sebze ağırlıklı beslenme			
Hızlı yememe			
Günlük besin tüketimi tercihi			
Karbonhidratlı/şekerli besinleri her öğünde tüketme			
Karbonhidratlı/şekerli besinleri en az bir öğünde tüketme			
Fast food besinleri her öğünde tüketme			
Fast food besinleri en az bir öğünde tüketme			
Unlu hamur işi besinleri her öğünde tüketme			
Unlu hamur işi besinleri en az bir öğünde tüketme			
Günlük su tüketimine dikkat etme durumu			Miktar:.....cc
Günlük et, tavuk, balık, yumurta, kuru baklagil besinlerinden her öğünde tüketme			
Günlük süt ve süt ürünlerinden her öğünde tüketme			
Günlük süt ve süt ürünlerinden her öğünde tüketme			
Günlük taze sebze ve meyve ürünlerinden her öğünde tüketme			
Günlük taze sebze ve meyve ürünlerinden her öğünde tüketme			
Günlük ekmek tahıl ürünlerinden her öğünde tüketme			
Günlük ekmek tahıl ürünlerinden her öğünde tüketme			
<b>Bir günlük yemek listesi</b>			
Kahvaltı			
Kuşluk			
Öğle			
İkinci			
Akşam			
Gece			
<b>Markette alışverişe katılma durumu</b>			
Alınan ürünün etiketine bakma durumu			
Alınan ürünün kalorisine bakma durumu			
Aldığım ürünün saklanma koşullarına dikkat etme durumu			
Son kullanma tarihini okuma durumu			

Etikette yazan gıda katkı maddelerini bilme durumu			
Etiket üzerinde E kodu bilme durumu			
Aldığımız gıdalarda katkı maddeleri olma durumu			
Aldığımız gıdaların içerisine bakma durumu			
Gıda seçiminde katkısız ürünleri seçme durumu			

### FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMUNU DEĞERLENDİRME FORMU

3.FİZİKSEL ETKİNLİK DURUMU	DEĞERLENDİRME Evet(+)	DEĞERLENDİRME Hayır(-)	AÇIKLAMALAR
Aerobik etkinliklerden günlük en az 30 dakika yapma durumu			
Anaerobik etkinliklerden günlük en az 30 dakika yapma durumu			
Yaşam biçimi davranışlarını yapma durumu			

Aerobik Etkinlikler: ip atlama, bisiklete binme, yüzme, futbol, basketbol veya voleybol oynama

Anaerobik Etkinlikler: koşu, yüzme, bisiklete binme

Yaşam Biçimi: okula yürüyerek gidip gelme, merdiven çıkma, aile birlikte yürüyüş, dışarda oyun oynama, jimnastik, basketbol, futbol

### SAÇ/DERİ/TIRNAK DEĞERLENDİRME FORMU

4.SAÇ/DERİ/TIRNAK DEĞERLENDİRME	DEĞERLENDİRME Evet(+)	DEĞERLENDİRME Hayır(-)	AÇIKLAMALAR
<b>Derinin değerlendirilmesi</b>			
Cildin rengi			
Kızarıklık			
Yara			
Kuruluk			
Nemsizlik			
Enfeksiyon			
Morarma			
Terleme			
Şişlik			
Pigment Artışı			
Ciltte ağrı durumu			
Ciltte ödem durumu			
Ciltte sıcaklık değişimi			
<b>Vücudun değerlendirilmesi</b>			
Ağrı,			
Kaşıntı			
Karıncalanma			
Uyuşma			
Piercing ya da dövme			
<b>Deri bakımının değerlendirilmesi</b>			
Günlük bakımda güneş kremi kullanma			
Dışarıya çıkmadan güneş kremi kullanma			
Şapka kullanma			
Hiç ürün kullanmıyorum			
Vücudu (boya, çamaşır suyu, temizlik maddeleri, zararlı ot, böcek ilacı, petrol ürünleri vb.) koruma durumu			
<b>Saçlı derinin değerlendirilmesi</b>			
Bit varlığı			
Sirke varlığı			
Kepek varlığı			
El/ayak değerlendirilmesi			
Tırnağın rengi			

Suluk			
Siyanotik			
Beau çizgisi			
Sarı tırnak			
Çomak parmak			
Konkav yapı			
Tırnak uzunluğu Uzun/ Normal/Çok kısa			
Tırnak kesme şekli El (Düz, oval, yuvarlak)			
Tırnak kesme şekli Ayak (Düz, oval, yuvarlak)			
<b>Bireysel bakımın değerlendirilmesi</b>			
Her gün banyo yapma sıklığı			
Haftada 1 gün banyo yapma			
Haftada en az 2 kez banyo yapma			
Her gün yüzünü boş su ile yıkama			
Her gün yüzünü sabunlu su ile yıkama			
Günlük ayak yıkama			
Günlük çorap değiştirme			
<b>El hijyeni değerlendirilmesi</b>			
Yemek önce elleri yıkama			
Yemek sonra elleri yıkama			
Yemek hazırlamadan önce elleri yıkama			
Diş, ağız, yüz, göz temizliği yapmadan önce elleri yıkama			
Tuvaletten öncesi elleri yıkama			
Tuvaletten sonra elleri yıkama			
Kirli tozlu işten sonra ellerin yıkama			
Dışarıdan eve geldikten sonra ellerin yıkama			
Perine bölgesi (Tuvaletten sonra temizliği önden arkaya yapma)			

GÖZ DEĞERLENDİRME FORMU	DEĞERLENDİRME Evet(+)	DEĞERLENDİRME Hayır(-)	AÇIKLAMALAR
Tarama testi sonucu sorun varlığı			
Gözlük varlığı			
Gözde hastalık varlığı			

İŞİTME DEĞERLENDİRME FORMU	DEĞERLENDİRME Evet(+)	DEĞERLENDİRME Hayır(-)	AÇIKLAMALAR
Tarama testi sonucu sorun varlığı			
Buşon Varlığı:			
Kulakta hastalık varlığı			

Duruş Bozuklukları Tarama testi sonuçları	DEĞERLENDİRME Evet(+)	DEĞERLENDİRME Hayır(-)	AÇIKLAMALAR
Skolyoz varlığı			
Kifoz varlığı			
Lordoz: varlığı			
Pektus ekskavatum (konduracı göğsü) varlığı?			
Pektus karinatum (güvercin göğsü) varlığı?			
Pes Planus (Düz taban) varlığı ?			
Valgus (Dışa basma) varlığı?			
Varus (İçe basma) varlığı			

Tanılanmış Kronik Hastalık Varlığı	DEĞERLENDİRME Evet(+)	DEĞERLENDİRME Hayır( - )	AÇIKLAMALAR
Astım			
Alerji			
Tip 1 Diyabet			
Epilepsi			
Mental sorunlar			
Obezite			
İlaç kullanma durumu			
Dikkat eksikliği			
Yeme bozukluğu			
Hemoglobin			
Kan Basıncı			
Hastalık varlığı			

COVID-19'dan KORUNMA	DEĞERLENDİRME Evet(+)	DEĞERLENDİRME Hayır( - )	AÇIKLAMALAR
Sosyal mesafeye dikkat etme			
Ellerimi en az 20 saniye su ve sabunla yıkama			
Öksürürken ağzı burnu kapama			
Kalabalık ortamdan uzak durma			
Maske kullanma			

Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi	DEĞERLENDİRME Evet(+)	DEĞERLENDİRME Hayır( - )	AÇIKLAMALAR
HPV aşısı yaptırma durumu			
Menarş olma durumu			
Dismonere durumu			
Dismonere için aldığı tedavi			
Menstruasyon sıklığı			
Kendi kendine meme muayenesi yapma durumu			
İdrar yaparken ağrı varlığı			
İdrar yaparken yanma varlığı			
Kaza geçirme durumu			
Akran zorbalığına maruz kalma durumu			
Akran zorbalığı yaşatma durumu			
Akran zorbalığı hakkında düşünceniz			
<b>Eğitim Alma Durumları</b>			
Hijyen			
İlk yardım			
Sigara, alkol, madde bağımlılığının zararları			
<b>Alışkanlıkların Değerlendirilmesi</b>			
Evde internet varlığı			
Kendine ait akıllı telefon varlığı			
İnternette vakit geçirme süresi			
Gece uykusu saati			