

## بيان أسماء المحولين الى عيادة طب الأسنان الوقائي

اسم النشاط/ المدرسة..... تاريخ البداية..... تاريخ النهاية.....

عدد الأسنان المعمول لها سادات الحفر لكل مستفيد	الإجراء الذي اتخذ داخل العيادة	الإصابة بالتسوس		رقم الهوية	رقم الجوال	العمر	الإسم	
		إصابة جزئية	خالي من التسوس					
								1.
								2.
								3.
								4.
								5.
								6.
								7.
								8.
								9.
								10.
								11.
								12.
								13.
								14.
								15.
								16.
								17.
								18.
								19.
								20.

يقصد بالإجراءات: ١- تم حجز موعد/ ٢- يحتاج موعد اخر/ ٣- تم إكمال العلاج/ ٤- عدم الحضور للموعد/ ٥- رفض العلاج/ ٦- رقم تواصل خاطئ

ملاحظات:

- يتم تعبئة البيان داخل المدرسة بعد الكشف
- يتم حفظ جميع السجلات بالمبادرة في ملف مستقل لطب الأسنان الوقائي
- يتم تزويد الإشراف الوقائي بجميع البيانات عند الطلب

TPD-TB@moh.gov.sa

مشرف المبادرة/ البرنامج بالقطاع

الاسم ..... التوقيع .....