

**የአፍ ጤና ግምገማ ቅጽ**

እድሜያቸው 3 ዓመትና ከዚያ በላይ ለሆኑ ሁሉም ተማሪዎች፣ የአፍ ጤናን ሁኔታቸውን ለትምህርት ቤታቸው/የልጅ እንክብካቤ ተቋማቸው ሪፖርት ለማድረግ ይህንን ቅጽ ይጠቀሙ።

**መመሪያዎች**

- ከዚህ በታች ያለውን ክፍል 1 ይሙሉ። ይህንን ቅጽ ለልጅ/ተማሪ የጥርስ ህክምና አቅራቢ ይስጡ። የጥርስ ህክምና አቅራቢ ክፍል 2ን መሙላት አለበት።
- ሙሉ በሙሉ የተጠናቀቀ እና የተፈረመውን ቅጽ ለተማሪው/ዋ ትምህርት ቤት/የልጅ እንክብካቤ ተቋም ይመልሱ።

**ክፍል 1፣ የልጅ/ተማሪ መረጃ (በወላጅ/አሳዳጊ የሚሞላ)**

የመጀመሪያ ስም \_\_\_\_\_ የአያት ስም \_\_\_\_\_ የመካከለኛ ስም የመጀመሪያ ፊደል \_\_\_\_\_

የትምህርት ቤት ወይም የልጅ እንክብካቤ ተቋም ስም \_\_\_\_\_

የተማሪ መታወቂያ ቁጥር \_\_\_\_\_ የትውልድ ቀን 

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

(ወወቀቀዓዓዓዓ)፡

አሁን ያለው የጾታ ማንነት፡ \_\_\_\_\_

የቤት አድራሻ፡ \_\_\_\_\_ የመኖሪያ ስቴት፡ \_\_\_\_\_ የመኖሪያ የዚፕ ኮድ 

--	--	--	--	--

ትምህርት ቤት ክፍል	የቀን- እንክብካቤ	የቅድመ- የቅድመ- መዋዕለ- መዋዕለ- መዋዕለ-		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	የአዋቂ ትምህርት	
		ሀጻናት 3	ሀጻናት 4														ሀጻናት
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ክፍል 2፣ የልጅ/ተማሪ የአፍ ጤና ሁኔታ (በጥርስ ህክምና አቅራቢው የሚሞላ)**

- |   | አዎ                                   | አይ                                   |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. ታካሚው ግልጽ የሆነ መባርባር (ያልታከመ የጥርስ መበስበስ) ያለበት ቢያንስ አንድ ጥርስ አለው/አላት? ይህ ምንም ግልጽ የሆነ የኢናሜል መዋቅር ብልሽት ወይም ያልተዳረሰ ዲሚኒራላይዝድ ቁስሎችን (ማለትም ነጭ ነጠብጣቦችን) የቆሽሽ ጉድጓድ ወይም ስንጥቅ አያካትትም። | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>             |
| 2. ይህ ታካሚ ቢያንስ አንድ የታካሚ የተበሰበሰ ጥርስ አለው/አላት? ይህ እንደ ጥርስ መበስበስ ህክምና ውጤት አማልገም፣ ከምጉሲት፣ ጊዜያዊ ወደ ቦታ መመለሶች፣ ወይም ክራውንስ ያለበት ማንኛውም ጥርስን ያካትታል።                                    | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>             |
| 3. ታካሚው/ዋ ቢያንስ አንድ በክፍል ወይም ሙሉ በሙሉ የተያዘ ማሽኒያ ዘላቂ የመንጋጋ ጥርስ አለው/አላት?   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>             |
| 4. ታካሚው/ዋ ከመደበኛ ምርመራው/ዋ በፊት እንክብካቤ የሚያስፈልገው ያልታከመ መበስበስ ወይም ሌላ የአፍ ጤና ችግር አለው/አላት? (የቅድመ እንክብካቤ አስፈላጊነት)  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>             |
| 5. ታካሚው/ዋ ህመም፣ እብጠት፣ ወይም ማባጠ አለው/አላት? (የአስቸኳይ እንክብካቤ አስፈላጊነት)   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>             |
| 6. የታካሚው/ዋ አፍ ውስጥ በመበስበስ የተጎዱ ስንት የመጀመሪያ ጥርሶች አሉ፣ ከሚከተሉት አንዱ የሆነ፡   |                                      |                                      |
| a. ያልታከመ <input type="checkbox"/>   |                                      |                                      |
| b. በመሙላት/በክራውንስ የታከመ? <input type="checkbox"/>  |                                      |                                      |
| 7. የታካሚው/ዋ አፍ ውስጥ በመበስበስ የተጎዱ ስንት የዘላቂ ጥርሶች አሉ፣ ከሚከተሉት አንዱ የሆነ፡   |                                      |                                      |
| a. ያልታከመ <input type="checkbox"/>   |                                      |                                      |
| b. በመሙላት/በክራውንስ የታከመ <input type="checkbox"/>   |                                      |                                      |
| c. በመበስበስ ምክንያት የተነቀለ? <input type="checkbox"/>   |                                      |                                      |
| 8. ታካሚው/ዋ ምን ዓይነት የጥርስ ህክምና መድን አለው/አላት?  | Medicaid<br><input type="checkbox"/> | የግል መድህን<br><input type="checkbox"/> |
|   | ሌላ<br><input type="checkbox"/>       | ምንም የለም<br><input type="checkbox"/>  |

የጥርስ ህክምና የአቅራቢ ስም \_\_\_\_\_ የጥርስ ህክምና ማህተም \_\_\_\_\_

የጥርስ ህክምና የአቅራቢ ፊርማ \_\_\_\_\_

የጥርስ ህክምና ምርመራ ቀን \_\_\_\_\_

ይህ ቅጽ ከዚህ በፊት የነብረውን ለዲሲ ትምህርት ቤቶች፣ ሁሉም የአስቀድሞ ማስጀመሪያ ፕሮግራሞች፣ እና የልጅ እንክብካቤ ማዕከላት መግቢያ ያገለግል የነበረውን የዲሲ የአፍ ጤና ምርመራ ቅጽን ይተካል። ይህ ቅጽ በDC Health የጸደቀ እና ሚስጥራዊ ሰነድ ነው። ምስጢራዊነት ለጤና አቅራቢዎች የወጣውን የ1996 (HIPPA) የጤና መድን ማንቀሻ እና ተጠያቂነት ህግ እና ለዲሲ ትምህርት ቤቶች እና ሌሎች አቅራቢዎች የወጣውን የቤተሰብ ትምህርት መብት እና ግላዊነት ህግ (FERPA) የሚካተት ነው።