

## METODOLOGIA

privind implementarea la nivelul Municipiului Braşov a proiectului  
"Dinţi sănătoşi, zâmbet frumos" aprobat prin HCL nr.659/28.09.2023

Prezenta metodologie stabileşte modalitatea de acordare a serviciilor stomatologice de sigilare a molarului de 6 ani stabilite prin HCL nr.659/28.09.2023 privind implementarea la nivelul Municipiului Braşov a proiectului "Dinţi sănătoşi, zâmbet frumos" şi se adresează beneficiarilor proiectului care provin din unităţile de învăţământ de pe raza municipiului Braşov unde nu există cabinete stomatologice.

**Pentru copiii din unităţile de învăţământ unde există cabinete stomatologice şcolare sigilările se fac direct la cabinetul stomatologic al unităţii de învăţământ.**

"Aparatul dento-maxilar reprezintă un ansamblu format din ţesuturi şi organe, diferite din punct de vedere anatomic, dar care sunt armonizate morfologic în scopul îndeplinirii funcţiilor de masticăţie, deglutiţie, fonaţie şi fizionomie. Elementele constitutive ale aparatului dento-maxilar sunt: oasele maxilare, articulaţiile temporo-mandibulare stângă şi dreaptă, musculatura aparatului dento-maxilar, dinţii, glandele salivare şi mucoasa cavităţii bucale. [Wikipedia.com]

Dentiţia definitivă începe să apară în jurul vârstei de 6 ani. Primul molar definitiv erupe în spatele molarilor temporari şi este denumit generic „Molarul de 6 ani“ deoarece erupe în jurul acestei vârste.

Acest molar este foarte important pentru că el este cel care ajută la formarea raportului molar în ocluzie (dimensiunea verticală de ocluzie), reper pentru o ocluzie (muşcatură) corectă şi funcţională. Începând cu vârsta de 6 ani dentiţia temporară şi cea definitivă coexistă şi funcţionează împreună până în jurul vârstei de 12 ani .

De cele mai multe ori dinţii temporari care şi-au încheiat erupţia în jurul vârstei de 2,5 ani, în momentul apariţiei dinţilor defnitivi sunt deja cariaţi /prezintă leziuni carioase simple sau complicate tratate sau netratate.

În acest context Molarul de 6 ani vine pe un teren vulnerabil, de cele mai multe ori cu igienă precară. Mediul acid se datorează atât plăcii bacteriene (Streptococul Mutans şi Lactobacili) cât şi alimentaţiei necontrolate, bogată în carbohidraţi.

Molarul de 6 ani nu înlocuieşte un dinte de lapte, motiv pentru care majoritatea părinţilor cred că el este un dinte temporar, care va urma să fie înlocuit.

Sănătatea dinţilor se menţine conştientizând că avem nevoie de obiceiuri sănătoase, alimentaţie sănătoasă, igienă riguroasă şi respectarea controalelor periodice la medicul stomatolog.

Este de preferat ca părinţii să aducă copilul la stomatolog înainte de apariţia cariilor (prevenţie). Pentru prevenirea acestora, după vârsta de 5-6 ani este indicată **sigilarea molarilor de 6 ani**, deoarece ei prezintă pe faţa ocluzală suprafeţe retentive (cu şanţuri mai mari sau mai mici, fosete adânci-grope).

Cu ajutorul sigilării, primul molar permanent care erupe în jurul vârstei de 6 ani, se va putea menţine sănătos până în momentul deprinderii obiceiurilor corecte de igienă dentară, ştiut fiind că la această vârstă copilul nu are suficientă îndemânare, manualitate şi răbdare pentru a efectua un periaj corect.

Consultaţia reprezintă primul contact al medicului stomatolog cu copilul, contact care este important să aibă loc în afara durerii şi fără constrângeri. Medicul stomatolog consultă cavitatea bucală a pacientului(copilului) şi îi prezintă acestuia şi părintelui/aparţinătorului recomandări personalizate cu privire la efectuarea tehnicii de periaj corect.

Pentru evidenţierea plăcii bacteriene, medicul va alege una dintre metodele de aplicare a revelatorului de placă, aceasta fiind utilă pentru a creşte gradul de conştientizare a necesităţii igienei dentare corecte.

Medicul stomatolog realizează consultaţia de specialitate şi înregistrează în fişa de consultaţie/tratament stomatologic statusul dentar, observă prezenţa sau absenţa dinţilor, a leziunilor carioase, a plăcii bacteriene, observă forma arcadelor, depistează dacă există obiceiuri vicioase care pot influenţa în viitor funcţia şi fizionomia. În urma coroborării tuturor acestor informaţii elaborează un plan de tratament şi de dispensarizare /urmărirea procedurii efectuate (sigilării)

După consultație, în acord cu opinia părintelui /aparținătorului ,urmează sigilarea Molarului de 6 ani (unul sau mai mulți în aceeași ședință - în funcție de nivelul de acceptare/colaborare al pacientului).

Sigilarea este un procedeu complet neinvaziv, nedureros.

Mai întâi măseaua este periată cu o pastă profesională cu gust plăcut, după care se aplică un material fluid, îmbogățit cu substanțe anticariie, care se fotopolimerizează ulterior. După sigilare, copilul poate să mănânce și să bea, fără restricții.

#### **Etapele sigilării sunt:**

- curățarea profesională a dintelui — pentru a îndepărta de pe suprafața acestuia placa bacteriană. Aceasta se va face cu ajutorul pastei profesionale și a periutei rotative montate pe unitul dentar.
- aplicarea unei soluții de condiționare — facilitează și asigură fixarea materialului de sigilare;
- eliminarea gelului prin spălare cu jet de apă;
- izolarea suprafeței dentare — este necesar ca suprafața dintelui să fie menținută uscată (baraj cu ruloari, comprese, digă) înainte de aplicarea materialului de sigilare;
- decontaminarea - cu ajutorul apei oxigenate, clorhexidinei, a serului fiziologic...;
- uscarea dintelui;
- aplicarea bondingului și a materialului de sigilare;
- fotopolimerizarea suprafeței ocluzale — pentru întărirea materialului de sigilare;
- verificarea ocluziei dentare - cu hârtie de articulație și îndepărtarea excesului de material compozit dacă acesta există și interfera în ocluzie. În cazul în care s-a făcut corecție ocluzală, se impune finisare și lustruire.

**Această procedură se efectuează doar cu acordul scris al părintelui/reprezentantului legal.**

#### **Condiții de acordare a serviciilor:**

Pentru a beneficia de serviciile stomatologice de sigilare a molarului de 6 ani trebuie să fie îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

1. Copilul să aibă vârsta între 6 și 7 ani, până la 8 ani.
2. Să fie înscris într-o unitate de învățământ de stat de pe raza Municipiul Brașov;
3. Molarul de 6 ani, să fie prezent și indemn de carie (fără carie, marmorăție, colorație)
4. Să colaboreze cu personalul medical.
5. Acceptul părintelui pentru efectuarea manoperelor de sigilare.

#### **Actele necesare solicitării :**

- Adeverință pentru copiii din unitățile de învățământ unde nu există cabinet stomatologic (Model la prezenta metodologie)
- Acordul scris al părintelui/reprezentantului legal pentru efectuarea procedurii de sigilare (completat după efectuarea consultației de către medicul stomatolog și consemnat pe fișa de consultați/tratament) (Modelul fișei este anexă la prezenta metodologie)
- Informarea privind prelucrarea datelor cu caracter personal (GDPR), la prezentarea în cabinetul medical (Model la prezenta metodologie)
- Chestionarul de evaluare a stării generale de sănătate (Anexă la prezenta metodologie)

### **Înscrierea în program :**

- pentru copiii care provin din unitățile de învățământ unde nu există cabinete stomatologice serviciile de sigilare ale molarului de 6 ani se vor acorda la cabinetul stomatologic din cadrul Colegiului Tehnic Transilvania str. Iuliu Maniu nr. 52, iar înscrierea copiilor se face de către părinți pe adresa [dasbv.ro](https://dasb.rasov.programero.ro/) secțiunea programări online, <https://dasb.rasov.programero.ro/> - sau la telefon 0770905204.

### **Acordarea serviciilor:**

- La data programată copiii însoțiți de părinte/reprezentant legal se vor prezenta la cabinetul stomatologic unde vor complete următoarele documente: informarea privind prelucrarea datelor cu caracter personal (GDPR), chestionarul de evaluare a sării generale de sănătate și efectuarea consultației preliminare.
- După efectuarea consultației se va întocmi fișa de consultație/tratament stomatologic a copilului, iar părintele va semna pentru efectuarea procedurii de sigilare.
- În funcție de starea aparatului orodentar al copilului manopera se va efectua într-o singură ședință sau în cadrul mai multor ședințe.
- În cazul în care sunt necesare mai multe ședințe acestea vor fi stabilite de către medicul stomatolog, programarea efectuându-se de asistentul medical care deservește cabinetul.
- După fiecare manoperă părintele/reprezentantul legal va semna în fișa de consultație/tratament stomatologic pentru a certifica efectuarea procedurii.

### **Dispoziții finale:**

- Nu beneficiază de prevederile prezentei metodologii persoanele care:
  - Nu se încadrează în criteriile de eligibilitate stabilite de prezenta metodologie;
  - Copiii care nu provin din unitățile de învățământ aflate pe raza orașului Brașov.
- Prezenta Metodologie se va aplica începând cu data de 08.01.2024.

Aprobat  
Director General  
Mariana Topoliceanu

Avizat  
Director General Adjunct  
Luana Mădălina Crăciun

Medic coordonator stomatologie școlară  
Diana Orșa

Elaborat  
Șef Serviciu  
Cristina Găinariu

MODEL

Școala .....  
Localitatea .....  
Județul .....

Nr. .... / .....

ADEVERINȚĂ

Se adeverește prin prezenta că elevul (eleva).....  
CNP.....este înscris la școala noastră în anul școlar ..... / ..... în  
clasa .....

Eliberăm prezenta pentru a-i servi la cabinetul stomatologic pentru înscrierea în proiectul Sigilarea  
molarului de 6 ani, aprobat prin HCL nr.659/29.09.2023 privind implementarea la nivelul Municipiului  
Brașov a proiectului "Dinți sănătoși, zâmbet frumos“

Director,

.....

Secretar,

.....



**REEVALUARE** .....

18 17 16 15 14 13 12 11 / 21 22 23 24 25 26 27 28

55 54 53 52 51 / 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 / 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 / 31 32 33 34 35 36 37 38

REEVALUARE .....

18 17 16 15 14 13 12 11 / 21 22 23 24 25 26 27 28

55 54 53 52 51 / 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 / 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 / 31 32 33 34 35 36 37 38

REEVALUARE .....

18 17 16 15 14 13 12 11 / 21 22 23 24 25 26 27 28

55 54 53 52 51 / 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 / 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 / 31 32 33 34 35 36 37 38

IP..... IS.....

DIAGNOSTIC .....

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

IP..... IS.....

DIAGNOSTIC .....

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

IP..... IS.....

DIAGNOSTIC .....

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

**INFORMARE**  
**privind prelucrarea datelor cu caracter personal**  
**beneficiari**

Subscrisa **Direcția de Asistență Socială Brașov (DAS Brașov)**, Serviciul Public de Asistență Socială la nivelul Municipiului Brașov, cu sediul în Brașov, Str. Panselor nr. 23, cod poștal 500419, (Operator de date cu caracter personal înregistrat sub numărul 10326), în baza Art. 13 din Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului Uniunii Europene din 27 aprilie 2016 (GDPR), vă aduce la cunoștință următoarele:

DAS Brașov prelucrează datele cu caracter personal în conformitate cu dispozițiile legale interne și ale art. 6, alin. (1) lit. c) și d) din GDPR. Prelucrarea datelor cu caracter personal se face în scopul îndeplinirii obligațiilor legale ale DAS Brașov și al exercitării unor drepturi specifice ale DAS Brașov și ale dumneavoastră în domeniul securității și protecției sociale.

Destinatarii datelor cu caracter personal sunt angajații subscisei cu atribuții privind prelucrarea datelor, autorități publice centrale, autorități publice locale, instituții publice și după caz, operatorii terți împuterniciți de DAS Brașov (ex. Direcția de Sănătate Publică Brașov). Menționăm că, transmiterea datelor se efectuează în condițiile prevăzute de lege, în scopuri determinate, explicate și legitime.

Datele vor fi stocate pe o perioadă determinată, atât timp cât este necesar pentru îndeplinirea scopului prelucrării, în situația unui litigiu, pe parcursul soluționării aceluși litigiu, precum și atât timp cât avem obligația legală de a păstra documentele în arhiva instituției, arhivarea realizându-se în conformitate cu prevederile Legii nr. 16/1996 a Arhivelor Naționale.

În calitate de persoană vizată, aveți dreptul de a solicita: accesul la datele dvs. cu caracter personal, rectificarea, ștergerea acestora, precum și restricționarea prelucrării, conform legii. Dacă doriți să vă exercitați un drept, vă puteți adresa cu o cerere scrisă, datată și semnată, transmisă către Direcția de Asistență Socială Brașov, la adresa: Brașov, Str. Panselor nr. 23, cod poștal 500419, sau pe email [dasbv@dasbv.ro](mailto:dasbv@dasbv.ro). Persoana responsabilă cu protecția datelor cu caracter personal poate fi contactată la adresa de email [informatic@dasbv.ro](mailto:informatic@dasbv.ro).

De asemenea, aveți dreptul de a depune o plângere către Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal, cu sediul în București, B-dul Gheorghe Magheru 28-30, Sector 1, cod poștal 010336, e-mail [anspdc@dataprotection.ro](mailto:anspdc@dataprotection.ro).

La nivelul DAS Brașov sunt stabilite măsuri tehnice și procedurale, pentru a proteja și pentru a asigura confidențialitatea, integritatea și accesibilitatea datelor dvs. cu caracter personal prelucrate. În acest sens, vom preveni utilizarea sau accesul neautorizat, precum și încălcarea securității datelor cu caracter personal, în conformitate cu legislația în vigoare.

Informații suplimentare privind prelucrarea datelor cu caracter personal pot fi accesate pe [www.dasbv.ro](http://www.dasbv.ro), în secțiunea Informații Publice - Protecția datelor cu caracter personal.

**Am luat la cunoștință:** (Nume și prenume) .....în calitate de părinte/reprezentant legal al copilului.....

.....

**Data:**

**Semnătura:**

Durata de completare: 5 minute

Motivul colectării informației: Conform Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal

## CHESTIONAR DE EVALUARE A STĂRII GENERALE DE SĂNĂTATE

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_

domiciliat (ă) în \_\_\_\_\_

legitimat (ă) cu B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, în calitate de:

1. Pacient (ă) prezentat (ă) \_\_\_\_\_

2. Reprezentant legal al \_\_\_\_\_ în vârstă  
de \_\_\_\_\_ prezentat (ă) \_\_\_\_\_

3. Aparținător (soț/soție, frate/soră, \_\_\_\_\_) al pacientului (ei)  
prezentat (ă) \_\_\_\_\_, declar următoarele  
date:

**Suferiți de alergii sau intoleranțe medicamentoase sau nemedicamentoase?**  da  nu  
Dacă răspunsul este afirmativ, precizați la ce anume: \_\_\_\_\_

**Urmați un anumit tratament (medicamentos, homeopatic, fitoterapic etc.)?**  da  nu  
Dacă răspunsul este afirmativ, precizați medicamentul/produsul și doza administrată: \_\_\_\_\_

**Ați urmat tratament cu antibiotice în ultimele două săptămâni?**  da  nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați medicamentul și doza: \_\_\_\_\_

**Urmați tratament cu anticoagulante?**  da  nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați:

a) medicamentul și doza administrată: \_\_\_\_\_

b) valoarea INR: \_\_\_\_\_

**Urmați tratament cu: Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva, Zometa, Aclasta (bifosonați)?**  da  nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați:

a) medicamentul și doza administrată: \_\_\_\_\_

b) calea de administrare:  intravenoasă;  orală.

c) de cât timp urmați acest tratament (luni/ani) \_\_\_\_\_

d) valoarea  $\beta$  cross-laps: \_\_\_\_\_

**Suferiți sau ați suferit de vreo boală acută sau cronică?**  da  nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați ce boală (i):

- boli congenitale:  \_\_\_\_\_

- boli profesionale:  \_\_\_\_\_

- boli de inimă:  angină pectorală;  infarct miocardic (precizați  
când: \_\_\_\_\_)

aritmii (fibrilație etc.)  blocuri  insuficiență cardiacă (precizați clasa NYHA \_\_\_\_\_)

valvulopatii (precizați care: \_\_\_\_\_)  endocardită infecțioasă;

intervenții chirurgicale cardiace (precizați \_\_\_\_\_)

altele: \_\_\_\_\_

!Vor completa doar persoanele de sex feminin aflate la vârsta fertilă (14-55 de ani).

- boli vasculare:  arteriopatie obliterantă;  tromboflebită;  hipotensiune arterială

hipertensiune arterială (precizați cea mai mare valoare tensională avută \_\_\_\_\_ mmHg)

accident vascular cerebral (precizați când: \_\_\_\_\_);  altele: \_\_\_\_\_

- boli ale aparatului respirator:  astm bronșic  emfizem;  bronșită cr.;  TBC (precizați dacă  
ați urmat tratament \_\_\_\_\_);  altele: \_\_\_\_\_

- boli digestive:  gastrite/ulcer gastro-duodenal;  altele: \_\_\_\_\_



- boli hepatice:  steatoză hepatică;  hepatită cronică;  ciroză;  altele: \_\_\_\_\_
- boli renale:  insuficiență renală (precizați dacă urmați hemodializă \_\_\_\_\_)
- diabet:  tratament cu insulină;  tratament cu antidiabetice orale
- boli endocrine:  hipotiroidie;  hipertiroidie;  altele: \_\_\_\_\_
- boli reumatismale:  poliartrită reumatoidă;  colagenoze;  altele: \_\_\_\_\_
- boli scheletale:  osteoporoză;  altele: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- boli neurologice:  epilepsie;  altele: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- boli psihice:  depresie;  schizofrenie;  altele: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- manifestări neuro-vegetative:  atacuri de panică

- boli hematologice:  anemie;  talasemie;  leucemie acută;  leucemie cronică;  
 hemofilie;  trombocitopenie;  boala von Willebrand;  altele: \_\_\_\_\_

- boli infecțioase:  hepatită virală  B,  C,  D;  HIV;  altele: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- neoplasme: \_\_\_\_\_

- alte boli: \_\_\_\_\_

**Ați mai fost supus(ă) unor intervenții chirurgicale?**  da  nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați ce intervenție(i): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați tipul de anestezie:  loco-regională;  sedare;

generală;  altul: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați dacă în timpul sau după intervenția chirurgicală au apărut incidente  nu  da (precizați ce anume): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ați primit transfuzii de sânge/derivate:  da  nu

**Vi s-au mai efectuat tratamente stomatologice?**  da  nu

- mi s-au realizat tratamente stomatologice  fără anestezie,  cu anestezie locală,  
 cu anestezie locală și sedare inhalatorie,  cu anestezie locală și sedare intravenoasă,  
 cu anestezie generală.

**La tratamentele stomatologice anterioare au apărut accidente/incidente sau complicații la utilizarea anestezicelor?**  da  nu

- au apărut:  leșin,  greață,  alergii,  altele \_\_\_\_\_

***Certific că am citit și înțeles pe deplin cele de mai sus și declar că datele furnizate de mine în acest chestionar sunt reale și complete. Îmi asum întreaga responsabilitate pentru incidente sau complicații ce pot să apară în eventualitatea că aceste date sunt false sau incomplete.***

**Data completării:** \_\_\_\_\_

**Semnătura declarant:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

În cazul reprezentantului legal/aparținătorului se va completa numele și prenumele în clar, precum și calitatea față de pacient.