

**BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN NEGERI MELAKA**  
**REKOD PEMANTAUAN TASKA**

**KLINIK PERGIGIAN:****NAMA TASKA:**

Wajaran:

0- Tidak memuaskan

1- Memuaskan

BIL	PERKARA	WAJARAN ( tandakan v )		PEMANTAUAN PERTAMA Tarikh: Auditor: Auditee:		PEMANTAUAN SUSULAN Tarikh: Penyelia/ Ketua unit :
		0	1	KOMEN (diisi oleh Auditor untuk wajaran "0")	TINDAKAN PEMBETULAN (diisi oleh auditee )	ULASAN DAN TANDATANGAN PENYELIA/ KETUA UNIT (diisi jika pemantauan susulan dibuat)
1	<b>PERSEDIAAN AWAL</b> - Buat penetapan senarai Taska dalam Sistem Gi-Ret 2.0					
	- Jadual lawatan disediakan dan diedarkan ke taska					
	- Penetapan tarikh untuk lawatan pertama & kedua					
	-Surat / telefon guru taska bertanggungjawab sebelum lawatan					
2	<b>LAWATAN PERTAMA</b> A) DHE merangkumi - Penjagaan gigi					
	- Pengurangan pengambilan gula dalam makanan					
	- Pemakanan yang baik					
	B) Latihan memberus gigi - Latihan diberi dengan betul					
	- Latihan penjagaan kebersihan mulut bagi kanak-kanak kecil					
	- Penggunaan typodont kit					
	- Plaque disclosing tablet					
	- Cermin muka individu					
	- Ubat gigi					
	- Pelibatan pengasuh taska, ibubapa / penjaga					
	C) Memberi Anticipatory Guidance (AG) kepada ibubapa penjaga- <b>rujuk appendix 3</b>					

BIL	PERKARA	WAJARAN ( tandakan √ )		KOMEN (diisi oleh Auditor untuk wajaran "0")	TINDAKAN PEMBETULAN (diisi oleh auditee )	ULASAN DAN TANDATANGAN PENYELIA/ KETUA UNIT (diisi jika pemantauan susulan dibuat)
		0	1			
	D) Cursory examination / Pemeriksaan mulut sepintas lalu -mengenalpasti toddler berisiko tinggi, <b>rujuk appendix 4</b>					
	- maklumkan kepada ibubapa/ penjaga status kesihatan mulut kanak-kanak- lisan / surat					
	E) Rujuk kanak-kanak rawatan lanjut / Sapuan fluoride varnish - Utk kanak-kanak berisiko					
	- Kebenaran sebelum rawatan					
3	<b>LAWATAN KEDUA</b> A) DHE & LMG dijalankan Pelibatan pengasuh taska, ibubapa/ penjaga					
	B) Memberi anticipatory guidance (AG) kepada ibubapa/ penjaga - <b>rujuk appendix 3</b>					
	C) Sapuan fluoride varnish kepada kanak- kanak berisiko dengan kebenaran rawatan diambil - Arahan selepas sapuan					
	D) Jalankan aktiviti rawatan mengikut kesesuaian					
	E) Rujuk kanak-kanak untuk rawatan lanjut					
	F) Pantau rekod aktiviti LMG Harian yang dijalankan oleh guru /pengasuh					
4	<b>PERSEKITARAN</b> - Penyediaan makanan kurang gula					
	- Promosi kesihatan pergigian (poster, pamflet, model, berus gigi...)					
	- Kemudahan tempat utk aktiviti memberus gigi, tempat simpan berus gigi					
	- Ciri-ciri keselamatan di premis					
5	<b>PENGUMPULAN DATA</b> - Masukkan maklumat dan aktiviti yang dilakukan ke dalam Sistem Gi-ret 2.0					
	- Toddler database (FV)					
<b>KESIMPULAN:</b> Perlu Pemantauan Susulan : <b>YA/ TIDAK</b> Jika YA, Pemantauan Susulan dalam masa _____ hari/bulan.				Nama & tandatangan Auditor:	Nama & tandatangan Auditee:	Pengesahan oleh Ketua Unit/ PPYM:  Tandatangan: Nama: