**Sertificējamā zobu higiēnista profesionālās darbības pārskats.**

##### **Vārds, uzvārds** :

##### **Personas kods**:

##### **Specialitāte**:

**Apmācības periods** (no dd.mm.gggg. līdz dd.mm.gggg.)**:**

**Darbavieta**:

**Amats**:

**Darba apjoma, intensitātes un kvalitātes apraksts**(aizpilda sertificējamā persona)

Vajadzīgo atzīmēt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Manipulācijas nosaukums** | **Veicu patstāvīgi** | **Veicu uzraudzībā** | **Neesmu veicis** |
| 1. Pacienta klīniski- diagnostiska mutes dobuma izmeklēšana saistībā ar vispārējo veselības stāvokli un pacienta labsajūtu  |  |  |  |
| 2.Mutes dobuma veselības stāvokļa noteikšana (kariesa intensitāti, ap zobiem esošo mīksto audu, periodonta un gļotādu stāvokli, sakodienu, sejas simetriju);  |  |  |  |
| 3.Mutes dobuma higiēnas stāvokļa izvērtēšana izmantojot dažādus indeksus (KPE, CPITN, HI, u.c.);  |  |  |  |
| 4.Diagnostiskās krāsvielas pielietošana zobu aplikuma noteikšanai un pacienta informēšana par mutes dobuma higiēnas stāvokli; |  |  |  |
| 5. Zobu kroņa daļas pulēšanas veikšana, ieskaitot arī plombu pulēšana, plombu pārkaru noņemšana;  |  |  |  |
| 6.Virssmaganu mīkstā un cietā zobu aplikuma noņemšana ar īpašiem instrumentiem. |  |  |  |
| 7.Zemsmaganu mīkstā un cietā zobu aplikuma noņemšana (ne dziļāk par 6 mm) ar īpašiem instrumentiem. |  |  |  |
| 8. Zobu saknes daļu (ne dziļāk par 6 mm) nogludināšana un medikamentu ievietošana smaganu rievās un kabatās;  |  |  |  |
| 9. Pacienta individuāla apmācība ar viņam piemērotāko zobu tīrīšanas un diegošanas tehnikām;  |  |  |  |
| 10.Uztura analīze un kariesa riska izvērtēšana; |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 11. Lokālo fluorīdu saturošo līdzekļu un zobu jūtīguma samazinošo līdzekļu pielietošana;  |  |  |  |
| 12.Silantu uzklāšana zobu kožamajās virsmās pēc zobārsta norādījuma; |  |  |  |
| 13. Specifiskas zobu kopšanas metodes un līdzekļu pielietošana pacientiem ar zobu implantiem un ortodontiskām aparatūrām; |  |  |  |
| 14.Polimerizācijas lampas izmantošana gaismā cietējošiem zobārstniecības materiāliem un silantiem; |  |  |  |
| 15. Dažādu iekārtu un aparatūru pielietošana zobārstniecības kabinetā: zobārstniecības iekārta, kompresors, ātrgaitas darba gali (turbīna, leņķa gals, ultraskaņas aparatūra zobakmens noņemšanai, smilšu strūklas aparatūra, sterilizators, autoklāvs);  |  |  |  |
| 16. Infekcijas kontroles pasākumus veikšana zobārstniecības kabinetā; |  |  |  |
|  17.Sabiedrības izglītošanas veikšana mutes dobuma saslimšanu profilaksē (prese, lekcijas utt.). |  |  |  |

Sertificējamās ārstniecības personas paraksts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paraksta atšifrējums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Apstiprinu augstākminēto profesionālās darbības pārskatu1:**

Vārds, uzvārds:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paraksts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Darbavietas nosaukums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Skaidrojumi**

**1** – apstiprina darba devējs vai ārstniecības persona, kuras vadībā vai uzraudzībā strādājusi sertificējamā ārstniecības persona