

Doküman Kodu:	HD.RB.03	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	Rev. No:	01	Sayfa No:	1 / 3
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	----------	----	-----------	-------

Sayın Hasta / Yasal Temsilcisi;

Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size / hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları/bir kısmını reddetmek, kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz. Sizden okuyup, anladığınızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır. Merkezimizce sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerini ve önerilen tedaviyi kabul edip etmemeye karar vermeden önce, yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri **Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir.** Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker ve kan hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.) **bulaşıcı bir hastalığı (hepatit vb) kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa, astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları** hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir. **Diş hekiminiz tarafından uygulanacak tedaviler hakkında** aşağıda verilen bilgilendirme formunu dikkatle okuyup formu imzalayınız. Anlayamadığınız hususların hekiminiz tarafından açıklanmasını isteyiniz

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI :

PLANLANAN TEDAVİ/İŞLEM :

İŞLEMİ YAPACAK HEKİM ADI/SOYADI :

İŞLEM HAKKINDA BİLGİ:

- RADYOGRAFİ ÇEKİMİ; Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için röntgen çekimi gereklidir. Gerekli görüldüğünde daha detaylı görüntü elde edebilmek için şikayet bölgesinden ağız içi ve/veya ağız dışı röntgenler alınabilir. Diş hekimliğinde tanı amaçlı kullanılan radyasyon uygulamalarının dozu, birey veya fetüste hastalık oluşturabilecek eşik değerlerden çok daha düşüktür.
- Röntgen teknisyenleri veya hekimler tarafından mevzuata uygun olarak yapılandırılmış görüntüleme alanında uzman teknisyenler tarafından uygulanır. Hastaya ve cihazlara uygun pozisyon verilir. Hastanın bu pozisyonu koruması istenir. Baş ve boyun bölgemizden istenecek görüntüleme tetkikleri genel ya da ağız sağlığını etkileyecek durumların tanısı, tedavi planlaması ve tedavi aşamalarının takibi için gereklidir.
- Kliniğimizde x-ışını (iyonize radyasyon) kullanılarak periapikal, okluzal, bitewing, panoramik, temporomandibular eklem projeksiyonları, sefalometrik, posteroanterior röntgenler, el-bilek grafileri ve dental tomografiler çekilebilmektedir.
- Teşhis amaçlı görüntülemelerde, tanı için yeterli bilginin minimum radyasyon dozuyla elde edilmesi esastır.
- Kliniğimizde kullanılan dijital radyografi uygulamaları ile konvansiyonel tip film radyografisine oranla radyasyon dozunda kazanç sağlanır. İstenecek röntgen tetkiki ve sayısını hekiminiz belirler. Röntgen çekimi öncesi hasta ağız içerisindeki çıkarılabilen protezler ile baş ve boyun bölgesinde bulunan (kolye, küpe, toka, iğne, gözlük, piercing, işitme cihazı vb. gibi) metal içeren tüm eşyaları çıkarmalıdır.
- Çekilen radyografiler:-Gözle yapılan muayenede fark edilemeyen çürük alanlarının (örneğin dişler arasındaki çürüklerin) ve mevcut olan dolguların altında gelişen çürük ve/veya diğer patolojik durumların görülmesini sağlar.
- Dişeti hastalığı nedeniyle oluşan kemik kaybı hakkında bilgi verir. Kök kanalındaki ve/veya kök ucundaki sorunların görüntülenmesini sağlar.
- İmplant hazırlığı ve yerleştirilmesinde, ortodontik tedavinin başında ve süresince yararlı ve gereklidir. Kist, ağız kanserleri, metabolik ve sistemik hastalıklarla birlikte oluşan değişikliklerin saptanması da mümkündür.
- Yapılan tedavilerin kontrolünü sağlar. Çocukların ağızındaki diş gelişimi ve büyümeleri hakkında bilgi verir.

İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR:

- Erken tanıya yardımcı olur.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- Patoloji ve nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir, tedavinin başarısı değerlendirilemez. Hastalık tanısının konmasında gecikme olabilir.

Doküman Kodu:	HD.RB.03	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 3
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	----------	----	-----------	-------

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- İşlemin alternatifleri hakkında doktorunuz bilgilendirme yapacaktır.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- Röntgen çekiminde kullanılan x-ışını canlı doku için zararlıdır. Bu nedenle hekiminiz sizin için gereken en az sayıda röntgen isteyecektir.
- Hamile iseniz veya hamilelik şüpheniz varsa hekiminize ve röntgen görevlilerine bildirmek sizin yükümlülüğünüzdür.
- Röntgen çekimi sırasında bulantı ve bazen kusma oluşabilir. İşlem sırasında hareketsiz kalınması gereklidir. Hareket edilirse ya da film kaydırılırsa, filmin kötü çıkması ve tekrar çekilmesi durumu söz konusu olabilir.

HAMİLELERDE RADYOGRAFİ ALINMASI:

- Hamilelik durumunun ilk 3 ayında anne karnındaki fetüsün daha oluşum aşamasındaki organlarına zarar vereceği için ya da son 3 ayında erken doğum veya düşük riskinden dolayı radyografi çekilmemesi gerekir.
- Çok gerek görüldüğü takdirde; mümkün olan en az sayıda ve ikinci 3 ay içerisinde hastaya kurşun önlük giydirilerek film çekilebilir.
- Diş hekimliği radyolojisinde x-ışınları yalnızca baş ve boyun bölgesine yönlendirildiğinden, tüm ağız radyografilerinin (14 adet ağız içi film) alınması durumunda bile, fetüsün alacağı doz doğal kaynaklardan alınan dozdaki kadar düşük düzeydedir.
- Tüm bunlara rağmen hamilelerde radyografi zorunlu oldukça ve mümkün olan en az sayıda alınır.
- Hastaya olası zararları önlemek için kurşun içerikli malzemeden yapılmış TİROİD KORUYUCU ve karın kısmını da örten KURŞUN ÖNLÜK giydirilerek çekim yapılır.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- Radyoloji işlemi yaklaşık 5-10 dk sürmektedir.

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

- Kullandığınız ilaçlar, mevcut ya da geçirilmiş önemli hastalıklarınız ve ilaç alerji durumunuz hakkında doktorunuza bilgi veriniz.

HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- Öncelikle kıpırdamamak adına filmin sağlıklı çıkmasını sağlayacağına filmin tekrarlanmaması için röntgen teknisyeninin komutlarına dikkat edilir. Ayrıca film karesinde yer alması mahzurlu olan küpe, piercing, gözlük gibi aksesuarlarınızı film çekiminden önce çıkarılır.
- Hamile veya hamilelik şüphesi varsa hekiminize ve röntgen görevlilerine bildirmek sizin yükümlülüğünüzdür. Bu durumda radyografi çok gerekli ise istenecek ve size kurşun önlük giydirilerek mümkün olan en az sayıda röntgen çekilecektir.

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

- Uyulması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında doktorunuzun bilgilendirme yapacaktır.

GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞILABİLECEĞİ:

- Tedavi/ameliyat uygulanmasını kabul etmemek serbest iradenizle vereceğiniz bir karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu tedaviyi/ameliyatı uygulayabilecek hastanemize/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz. **Telefon: 0 232 330 04 67/68**
- Tıbbi araştırma:** Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatür de yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Doküman Kodu:	HD.RB.03	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 3
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	----------	----	-----------	-------

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan hekim tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan tedavinin/işlemin amacı, nedenleri ve faydaları, riskleri, komplikasyonları, alternatifleri ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum. (El yazısı ile **"OKUDUM, ANLADIM, BİR NÜSHASINI TESLİM aldım"**)

Hasta

İmza

Rızanın Alındığı Tarih / Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

...../...../.....

HASTA ONAY VEREMEYECEK DURUMDA İSE:

Hasta / yasal temsilcisi

İmza

Rızanın Alındığı Tarih / Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

...../...../.....

HASTANIN ONAY VEREMEME NEDENİ (HEKİM TARAFINDAN DOLDURACAK):

Yukarıda ismi yazılı hastaya/ yasal temsilcisine tarafımdan hastalığı, yapılacak olan tedavi/işlem, bu tedavinin/işlemin amacı, nedeni ve faydaları, tedavi/işlem sonrası gereken bakım, tedavinin/işlemin riskleri ve komplikasyonları, tedavinin/işlemin alternatifleri, tedavi/işlem için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/ yasal temsilcisi, tedaviye/işleme yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

TEDAVİYİ/İŞLEMİ UYGULAYACAK HEKİM

İmza

Rızanın Alındığı Tarih / Saat

Adı Soyadı:.....

...../...../.....

Unvanı :.....

HASTANIN DİL / İLETİŞİM PROBLEMİ VAR İSE:

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın

İmza

Rızanın Alındığı Tarih /

Adı Soyadı (el yazısı ile):

...../...../.....

AÇIKLAMA:

- Tıbbi uygulamalarla ilgili tüm şikâyetleriniz de veya değinmek istediğiniz her konuda **Hasta Hakları Birimine**, başvurabilirsiniz.
- Yasal Temsilci:** Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni mirasçılar. Bu rıza (onam) belgesini imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz.