

|               |          |                   |            |              |            |   |          |    |           |       |
|---------------|----------|-------------------|------------|--------------|------------|---|----------|----|-----------|-------|
| Doküman Kodu: | HD.RB.19 | İlk Yayın Tarihi: | 25.08.2016 | Rev. Tarihi: | 05.12.2023 | - | Rev. No: | 01 | Sayfa No: | 1 / 5 |
|---------------|----------|-------------------|------------|--------------|------------|---|----------|----|-----------|-------|

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, 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.) **aspirin ve coumadin vb. pıhtılaşma önleyiciler olmak üzere 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:** Sabit Protezler Aşağıdaki Tedavi Çeşitlerini İçerir:

- Kron (Kaplama):** Doğal dişe en yakın biçimde şekil ve işlevin sağlanması amacıyla dişler kaplanır. Bu tedavi, dolgu ile dişin tedavi edilemediği durumlarda ya da dişin renginin, şeklinin veya estetiğinin düzeltilmesi için gerekli olur. Tedavi genellikle bir miktar diş dokusunun dişten uzaklaştırılmasını veya dişin küçültülmesini (kesilmesini) gerekli kılar. Küçültülen diş üzerine kaplama adı verilen kron protezi yapılır. Kron protezi, taşıyacağı dişe yapıştırılarak sabitlenir. Kron protezleri farklı malzemelerden üretilerek yapılabilir:
  - Tam metal:** Tamamen metal olan kaplamalardır.
  - Metal-Porselen:** Metal altyapı üzerine porselen kaplanır, görünen yüzde metal yoktur. Ancak damak tarafında, dişetine yakın bölgelerde metal bir şerit görülebilir. Bazı durumlarda, dişlerin çiğneyici yüzeyinin de metal bırakılması gerekebilir.
  - Tam porselen ve zirkonyum:** Metal içermeyen kaplamalardır. Görünümü doğal dişe yakındır. Metal alerjisi geliştirmez; ancak tedavinin maliyeti metal-porselenlere göre fazladır. Özel yapıştırıcılarla dişe yapıştırıldığı için, işlemin hastaya ek bir maliyeti olabilir.
- Post-kor:** Eğer çürük, kırık ve travma vb. sonucunda kalan diş dokusu kaplama yapabilmek için yetersizse, destek sağlamak amacıyla dişin kökünden de yararlanılır. Buna post-kor uygulaması adı verilir. Kanal tedavisi yapılmış (cansız) dişlerde diş yapısını kuvvetlendirmek için kök içine vida benzeri bir yapı uygulanır. Yeniden oluşturulmuş diş yapısı, kaplama yapılacak gibi küçültülür. Ancak bu vidalar zamanla çeşitli nedenlere bağlı kırılabilir ya da çıkabilir. Bu durumda dişin tekrar tedavisi mümkün olmayabilir ve dişin çekimi gerekli olur. Post-korlar metalden olabilir ya da fiber post denilen diş renginde bir malzemeden yapılır. Fiber postlar dişinize özel yapıştırıcılarla bağlanır ve yapımı için hastanın ekstra bir ücret ödemesi gerekir.
- Köprüler:** Çekilen bir dişin yerinin tamamlanması için yapılan ve dişlere yapıştırılan bir seri kronudur. Bir köprü dişsiz bölgeye komşu olan en az iki dişin kaplanmasını gerekli kılar. Doğal ve sağlam dişlerinin kaplanmasını (küçültülmesini) istemeyen hastalar için tedavi seçenekleri; hareketli protezler, adeziv köprüler ya da eğer uygun ise implant destekli kronlardır. Köprüler, kronlarla aynı malzemelerden yapılır.
- Klasik metal-porselen-zirkonyum köprülerde,** dişin her yönünden olmak üzere 1,5 ile 2mm arasında aşındırma yapılır. Birinci randevuda destek dişlerin hazırlanması, ölçülerin alınması, geçici kuronların yapılması işlemleri gerçekleştirilir. Geçici kuronların tedavi süresince ağızda kalması esastır. Düşerse hekiminizi arayınız; aksi takdirde destek diş hareket edebilir ve daimi restorasyonun uyumu zorlaşır. İkinci randevu birinci randevudan 2 ila 10 gün arasında değişen bir zaman aralığından sonra gerçekleştirilir. Bu randevuda altyapı provası yapılır ve renk belirlenir. Üçüncü randevu ikinciden 2 ila 7 gün sonradır. Renk, şekil, boyut provası yapılır ve hasta onayı istenir. Hastanın onayı alındıktan sonra protez yapıştırılır.
- Kron ve köprülerin kabul gören ömrü 4 yıldır; bu süre ancak kişisel bakım, düzenli hekim kontrolü ile değişebilir.
- Porselen ve kompozit inley ve Onley'ler:** Diş renginde ve formunda, dişin içine ya da üzerine diş renginde yapıştırıcılarla yapıştırılan porselen dolgulardır.
- Adeziv Köprüler:** Estetik yani görünen ön diş bölgedeki tek diş eksikliklerinde, yandaki dişlerin sağlam olduğu durumlarda, dişlerde herhangi bir işlem yapılmadan ya da çok az bir işlem yapılarak yan dişlere özel yapıştırıcılarla

|               |          |                   |            |                         |   |          |    |           |       |
|---------------|----------|-------------------|------------|-------------------------|---|----------|----|-----------|-------|
| Doküman Kodu: | HD.RB.19 | İlk Yayın Tarihi: | 25.08.2016 | Rev. Tarihi: 05.12.2023 | - | Rev. No: | 01 | Sayfa No: | 2 / 5 |
|---------------|----------|-------------------|------------|-------------------------|---|----------|----|-----------|-------|

tutturulan köprülerdir. Bu özel yapıştırıcıların kullanılması, malzemelerin yüksek maliyetinden dolayı hastanın ek bir ücret ödemesini gerektirebilir.

#### **İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR:**

- Diş eksikliklerinin giderilerek hastanın çiğneme işlevinin ve estetiğinin düzenlenmesi,
- Kanal tedavisi yapılmış dişlerin, çok büyük çürüklü dişlerin ileride kırılmasının önlenmesi,
- Estetik ve kozmetik (dişinizin rengi ve formu ile ilgili kaygılarınızdan kaynaklanan) beklentilerin olabildiğince karşılanması,
- Hareketli protez yapılacaksa, kroşe (kanca) gelmesi planlanan dişlerin protez için uygun hale getirilmesi,
- Hassas bağlantılı hareketli protezlerde, bağlantı sağlayacak parçaların kaplamalara yerleştirilmesi ile daha estetik bir protez yapılabilmesi,
- Dişleri aşınmış veya diş boyları çok kısa olan hastalarda estetiğin ve çiğneme işlevinin düzenlenmesidir.

#### **İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:**

- İşlem sırasında ağrı hissedilir ve sonrasında kanama riski artabilir veya işlem yapılamayabilir.
- Aşırı harabiyetli dişlerde kırıklar, diş eksikliklerinin köprü protezleri ile tedavi edilmediği durumlarda çiğneme işlevinde yetersizlik, dişlerin boşluğa doğru kayması veya uzaması, kapanışı değiştirebilir, komşu dişlerde çürükler, dişeti problemleri konuşma ve estetik bozukluğuna Çene Kemiği erimesi, eklem problemlerine, yol açabilir.

#### **VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:**

- İşlemin alternatifleri bazı durumlarda hareketli protez veya implant tedavisidir.
- İmplantın faydası kemik erimesi azalır, protezin hareketini azaltır. Riski ise dokularda enfeksiyon oluşabilir.
- Hareketli bölümlü protez çiğneme ve konuşma fonksiyonu geri kazanılacaktır. Riski ise protezin dışı saran metal kısımları estetiği bozar. Teleskop Kron Protezler çiğneme ve konuşma fonksiyonu geri kazanılacaktır. Riski ise bu yöntem için daha fazla diş kesimi gerekebilir. Bu durum kanal tedavisi gereksinimi doğurur.

#### **İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:**

- Planlanan tedavi ve işlemler sırasında lokal anesteziye bağlı ya da rutin cerrahi komplikasyonlar gelişebilir.
- Lokal anesteziye karşı önceden geçirilmiş bir alerji geçmişiniz varsa, kalp, kan hastalıkları, yüksek tansiyon ve diğer genel sağlıkla ilgili bir rahatsızlığınız varsa mutlaka hekiminizi uyarınız.
- Yanlış beyan nedeni ile olabilecek sorunlardan hekiminiz sorumlu değildir. Lokal anestezi uygulaması sırasında ve sonrasında ağrı, şişlik, yanma, enfeksiyon, geçici ya da kalıcı sinir harabiyeti ve beklenmeyen alerjik reaksiyonlar gelişebilir. Alerjik reaksiyonlar; kaşıntı, döküntü, bulantı, kusma, solunum zorluğu, kalp atışında artış (taşikardi) veya azalma (bradikardi), çok düşük bir ihtimalle hayati tehlike şeklinde olabilir.
- Enfeksiyon, kanama, ilaç ve alerjik reaksiyonlar, kan pıhtılaşması, duyu kaybı, geçici kas spazmları ve yüz felci, kol ve bacakta fonksiyon kaybı, felç, beyin hasarı, kalp krizi ve ölüm riskleri vardır. Lokla anestezi öncesi, açlık var ise bazen bayılmalara neden olabilir.
- **Dişlerin kesilmesi:** Bir diş kaplama yapılabilmesi için dişin belirli miktarda küçültülmesi gerekir. Küçültmenin miktarını hekiminiz belirler. Ayrıca kesim yapılması planlanan veya kesimi yapılan sorunlu (periodontal problemler, çürük, dolgulu ve kanal tedavili) dişlerin enfekte olması, kanal tedavisine cevap vermemesi ya da kanal tedavisi komplikasyonları oluşması durumunda diş çekime gidebilir protezin planı değişebilir.
- **Dişlerde hassasiyet:** Dişlerin kesilmesinden kron ya da köprünün yapıştırılmasına kadar geçen süre içerisinde dişler hassasiyet gösterebilir. Diş yapıştırıldıktan bir süre sonra da bu hassasiyet devam edebilir. Protez takıldıktan sonra hassasiyet hafifleyerek kaybolur bu durum birkaç hafta sürebilir. Protez yapıştırıcısı yayıflayıp düşebilir; protezi yutmamaya dikkat edilmelidir
- **Kanal tedavisi:** Kaplanacak diş bazı durumlarda, örneğin karşıt dişlerle mesafe azlığında, dişin şeklinin düzeltilmesi gerekliliğinde, uzamış dişlerde, bazen de ön görülemeyen canlı dentin hassasiyeti nedeni ile estetik nedenlerle kanal tedavisi uygulamak gerekebilir.
- **Kırılmalar:** Kron ya da köprü protezlerin de çatlama ve kırılmalar oluşabilir. Önceden yapılmış kronlar varsa ve altındaki dişler tedavi edilecek veya kronlar yenilenecekse bunların sökümü sırasında kronlar kırılabilir, kesilerek çıkartılmak zorunda kalınabilir, tekrar kullanılamayacak derecede zarar görebilir; alttaki dişler de söküm işlemi sırasında kırılabilir ya da kronla beraber gelebilir. Altta dişlerin durumu ancak söküm işleminden sonra teşhis edilebileceğinden ön görülen protez planlaması değişebilir. Bu durum sert gıdaların yenmesi ve çiğneme kuvvetleri gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Protezlerle sert yiyecekler ve cisimler ısırlmamalıdır. Metal ve porselen kısımlar kırılabilir; Buna bağlı yüzeylerinde düzensizlikler veya çentikler olabilir, porselen kısmen veya tamamen metalden ayrılabilir ve bunlar ağız dokuları ile dili tahriş edebilir. Bunların bir kısmı klinikte ya da laboratuvarında tamir edilebilir, bir kısmının ise onarımı mümkün olmayabilir ve yenilenmeleri gerekebilir.
- **Hasta diş sıkıyorsa ve Gece plağı önerildi ise ve düzenli kullanmıyor ise; kırılmalar, çatlamalar ve düşmeler oluşabilir.**

|               |          |                   |            |              |            |   |          |    |           |       |
|---------------|----------|-------------------|------------|--------------|------------|---|----------|----|-----------|-------|
| Doküman Kodu: | HD.RB.19 | İlk Yayın Tarihi: | 25.08.2016 | Rev. Tarihi: | 05.12.2023 | - | Rev. No: | 01 | Sayfa No: | 3 / 5 |
|---------------|----------|-------------------|------------|--------------|------------|---|----------|----|-----------|-------|

- Diş sıkma vakalarında Botoks 6 ayda bir düzenli yaptırılmalıdır. Yaptırılmadığı zaman, kırılmalar, çatlamlar ve düşmeler oluşabilir.
- **Rahatsız edici ağızda yabancı cisim varmış hissi:** Bu durum doğal dişlerle yapay diş olan kaplamaların dil tarafından farklı hissedilmesi ile oluşur..
- **Estetik görünüm:** Sabit protezler estetik, şekil, renk ve büyüklük açısından her zaman hastanın beklentilerini karşılayamayabilir. Tedaviye başlamadan önce hasta beklentilerini mutlaka hekime iletmeli, beklentilerinin ne oranda gerçeğe dönüşebileceği konusunda hekimden bilgi almalıdır. Prova aşamalarında ise protezin görünümünün ve renginin kabul edilebilir olduğunu onaylamalıdır. Yapıştırıldıktan sonra protezlerde renk ve estetik ile ilgili büyük bir değişiklik yapmak mümkün değildir. Ayrıca protezler takılıp bir süre kullanıldıktan sonra, tekrar çıkarılıp birtakım değişikliklere gidilmesi, yapımında kullanılan malzemede bozulmalara, porselende kırılmalara veya köprünün yenilenmesine kadar değişen sorunlara yol açabilir. Böyle durumlarda her türlü sorumluluk ve mali yükümlülük hastaya aittir. Hasta istekleri ile hekimin uygun gördüğü tedavi uyuşmadığında, hekim tedaviye son verebilir. Doğal dişler gibi çay, kahve, sigara gibi maddeler nedeniyle renklenebilir
- **Protezin yapıştırılması sonrası hassasiyet:** Yapıştırma işleminden sonra hekiminiz başka türlü önermedikçe 2-3 saat bir şey yenilmemelidir. Sabit protez uygulaması sonrasında dişlerde bir süre soğuk sıcak hassasiyeti olabilir. Uzun süre devam eden veya artan ağrılarda hekiminize danışmanız gerekir.
- **Sabit protezlerin kısmen veya tamamen çıkması:** Protezinizin yapıştırıcısının kısmen veya tamamen gevşediği durumlarda mutlaka zaman geçirmeden hekiminize başvurunuz. Proteziniz, yeniden kullanılmasına engel bir durum yoksa tekrar yapıştırılabilir. Yapıştırıcının gevşemesi ilgili dişte zamanla ileri derece çürüklere, ağrıya ve hatta dişin çekimine kadar gidebilen tedavisi zor problemlere yol açabilir. Dişinize çürük nedeniyle büyük dolgular yapılması gerektiğinde ya da dişiniz çekildiğinde proteziniz kullanılamaz hale gelir.
- **Dişeti problemleri:** Sabit protezlerin yapım safhalarında ilgili dişlerde dişeti problemleri, dişeti kanaması, dişetinde şişme veya protez takıldıktan sonra dişeti çekilmesi gibi problemler oluşabilir. Ağız bakımına dikkat edilmesi bu problemlerin etkisini en aza indirmede önemlidir. Devam eden problemlerde hekiminize başvurmanız gereklidir.
- Protezin ömrü kullanan kişiye göre değişir. Proteze alışmak zaman alabilir, sabırlı olunmalıdır. Bu risklerin hiçbirisi gerçekleşmeyebilir.

#### **İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:**

- Sabit protezin teslim süresi ölçü tarihinden itibaren **yaklaşık 5 gün-30 gündür.**

#### **KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:**

- Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanacaksa eğer, gerekli hallerde öncelikle topikal anestetik madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuştuğunda anestetik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir.
- Lokal anestezi uygulaması, bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar olmadığı sürece başarılı bir uygulamadır. Lokal anestetik maddeler uygulama yapılacak bölgeye uygulandığında sinir iletimini geçici olarak durdurur ve yapılan maddenin miktarına, yapılış yerine göre **1- 4 saatlik** bir uyuşukluk sağlar. Bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez.
- Uygulama esnasında kanama oluşması durumunda çeşitli kanama durdurucu ilaçlarla (Transamine amp ve K vit.amp. vb)çeşitli kanama durdurucu tıbbi malzemeler, antienflamatuar ajanlar, greft-membran materyali, periodontal patlar gerekli durumlarda kullanılabilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir.
- İşlem sırasında ve sonrasında bazı ilaçlar kullanmanız gerekecektir. Hekiminizin kullanmanızı önereceği ilaçların bazı yan etkileri olacaktır. Bu yan etkilere bulantı, kusma, halsizlik ve uyku hali, anafloktoid reaksiyonlar gibi durumlar da dahildir.

#### **HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:**

- İşlem lokal/ bölgesel /infiltratif altında yapılabilecektir. Bu nedenle işlem **öncesinde 3 gün süreyle aspirin, E vitamini, coenzim Q vb. gibi kan sulandırıcı almamanız** gerekir. İlaç veya benzeri maddeler kullanıyorsanız veya AIDS, Hepatit B/C gibi bulaşıcı bir hastalığınız veya şeker, kalp, yüksek tansiyon veya böbrek yetmezliği gibi bir sorunuz varsa bunları mutlaka hekiminize bildirmanız gerekir.
- Anestetik madde verilmeden önce herhangi bir sistemik hastalık, hamilelik, kullandığı tüm ilaçlar ve alerjik bir durum varsa muhakkak hekiminize söylenmelidir. Aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı anestezinin etkisini zayıflatır. Sonrasında da iyileşme sürecini engel olur.

|               |          |                   |            |                         |   |          |    |           |       |
|---------------|----------|-------------------|------------|-------------------------|---|----------|----|-----------|-------|
| Doküman Kodu: | HD.RB.19 | İlk Yayın Tarihi: | 25.08.2016 | Rev. Tarihi: 05.12.2023 | - | Rev. No: | 01 | Sayfa No: | 4 / 5 |
|---------------|----------|-------------------|------------|-------------------------|---|----------|----|-----------|-------|

- Ağız içinde işlem yapılırken ani hareketlerden ( başı hareket ettirme, elle müdahale etme ) kaçınınız. Dikkat etmemeniz çevre doku yaralanmaları ve komşu dişlerde yaralanmaya sebep olabilir.
- Sigara içenlerde akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer ile ilgili komplikasyonlarının (olumsuz durum) oranı fazladır. İşlemden 6 hafta önce sigarayı bırakmak riskin azalmasına yardımcı olabilir
- Enfeksiyonlar dan korunması için ağız bakımı (gargara, vb.) dikkat edilmelidir,
- Uygulama sonrası 2 saat hiçbir şey yenilip içilmemeli, ilk günlerde asitli olmayan yumuşak ve ılık yiyecek ve içecekler alınmalıdır. Soğuk sıcak içecek ve yiyeceklerle karşı bir dönem hassasiyet olabilir
- Sabit protez uygulanan hastalar diş fırçası, proteze özel diş ipleri ya da ara yüz fırçaları ile protezlerini temizlemezler ağız bakımlarını ihmal ederlerse; dişeti çekilmeleri, çürükler ve koku oluşabilir.
- Dişler ve protezler düzenli olarak fırçalanmalı, düzenli olarak her gün en az bir kez diş ipi ve ara yüz fırçası kullanılmalıdır. Köprülerde gövde altları diş ipiyle temizlenmelidir. Sigara, çay ve kahve renklenmelere sebep olabilir.
- Sabit protez kullanmaya başlayınca, Protezlerin tesliminin yapıldığı gün yapışkan ve asitli gıda kullanımından kaçınılmalıdır. Proteze başlandıktan sonra verilen randevulara uyulmazsa, yapılan dişler kötü uyum gösterir. Bir aydan fazla geciken protezlerde yeniden yapım gerekir ve ilave ücret gerekebilir. Uygulanan protez ile ilgili tıbbi yardıma ihtiyaç duyarsanız **3 yıl boyunca** protezinizi yapan hekime başvurabilirsiniz.
- Uyuşukluk süresince dudagınızı ve yanağınızı ısırmayınız. 24 saat içinde vücuttan anestezi madde atılacaktır.
- Sabit protezler estetik, şekil, renk ve büyüklük açısından her zaman hastanın beklentilerini karşılayamayabilir.
- Tedaviye başlamadan önce beklentilerinizi mutlaka hekime iletmeli, beklentilerinin ne oranda gerçeğe dönüşebileceği konusunda hekimden bilgi almalısınız.
- Prova aşamalarında ise protezinin görünümünün ve renginin kabul edilebilir olduğunu onaylamalısınız çünkü yapıştırıldıktan sonra protezlerde renk ve estetikle ilgili büyük bir değişiklik yapmak mümkün değildir.
- Hasta diş sıkıyorsa ve Gece plağı önerildi ise, ve düzenli kullanmıyor ise; kırılmalar, çatlamlar ve düşmeler oluşabilir.
- Diş sıkma vakalarında Botoks 6 ayda bir düzenli yaptırılmalıdır. Yaptırılmadığı zaman, kırılmalar, çatlamlar ve düşmeler oluşabilir.

#### **UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:**

- Uyulması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında hekiminiz bilgilendirme yapacaktır
- İlk 2-4 saat bir şey içme ve yememeli, diğer günlerde yumuşak ve ılık yiyecek ve içecekler alınmalıdır.
- Sabit protez uygulanan hastalar diş fırçası, proteze özel diş ipleri ya da ara yüz fırçaları ile protezlerini temizlemezler ağız bakımlarını ihmal ederlerse; dişeti çekilmeleri, çürükler ve koku oluşabilir.
- Aşırı kahve ve çay tüketimi porselenlerin renk değişimine neden olabilir.
- Protez kullanan hastalar sert yiyecekler(kabuklu yemiş vb..) yememeli sakız çiğnememelidir.
- Protezlerle ilgili bir şikâyet ve problemde hasta kendi düzeltmeye çalışmamalı ve hekimine başvurmalıdır.
- Tüm protezler için yapımda kullanılan malzemelere bazı hastalıklarda (sistemik lupus)ve çok nadir de olsa hassas kişilerde alerji gelişebilir. Hekiminizin önerilerini uygulayınız.
- Hasta diş sıkıyorsa ve Gece plağı önerildi ise ve düzenli kullanmıyor ise; kırılmalar, çatlamlar ve düşmeler oluşabilir. Diş sıkma vakalarında Botoks 6 ayda bir düzenli yaptırılmalıdır. Yaptırılmadığı zaman, kırılmalar, çatlamlar ve düşmeler oluşabilir.

#### **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 klinik/hastanelere kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz.
- Kurumumuzda yapılan uygulamalarla ilgili olası yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. Herhangi bir komplikasyonla karşılaştığınız da; kliniğimize randevusuz olarak başvurabilirsiniz. **Telefon: 0 232 330 04 67/68**
- Tıbbi araştırma:** Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve Hekim eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla rıza (onam) veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatür de yayınlanmasına rıza(onam) veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

|               |          |                   |            |                         |   |          |    |           |       |
|---------------|----------|-------------------|------------|-------------------------|---|----------|----|-----------|-------|
| Doküman Kodu: | HD.RB.19 | İlk Yayın Tarihi: | 25.08.2016 | Rev. Tarihi: 05.12.2023 | - | Rev. No: | 01 | Sayfa No: | 5 / 5 |
|---------------|----------|-------------------|------------|-------------------------|---|----------|----|-----------|-------|

**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****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****Tarih / Saat**

Adı Soyadı (el yazısı ile): .....

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

**ACIKLAMA:**

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.