

Doküman Kodu:	HD.RB.25	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	1 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

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 sahiptir. Sizden okuyup, anlamanızı 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:

- RETREATMENT (KANAL TEDAVİSİ YENİLEME) ;Hekim tarafından önceki kök kanal tedavisinin başarısız olduğuna karar verildiğinde, kanal dolgusunun sökülüp kök kanal dolgu materyallerinin çıkartılması, kanalın tekrardan temizlenip, doldurulması ve yeniden yapılması işlemidir.
- Retreatment genellikle daha önce yapılan tedavinin başarısız olduğunu gösteren belirgin işaretler ve semptomlar var ise yapılır.
- Kök kanal tedavisinin değerlendirilmesi sonucunda ilgili dişte; hekimin klinik incelemesinde ağrı, perküsyonda (aletle vurmada) ve palpasyonda (elle muayene) hassasiyet, ağız içi, ağız dışı şişlik veya akıntı yolu (fistül) gibi klinik belirtiler ve yeni periapikal lezyon oluşumu, lamina durada genişleme gibi radyolojik değişiklikler mevcutsa kök kanal tedavisinin yenilenmesi gerekebilir.
- Diş tedaviniz sürerken, ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir.
- KÖK KANALINA ERİŞİM VE TEMİZLEME İŞLEMİ:**
 - Erişim Deliği Açılması: Kök kanalına ulaşmak için bir erişim deliği açılır.
 - Eski kanal dolgusunun sökülmesi ve bütün kalıntıların temizlenmesi gerekir.
 - Eğelerin Kullanılması: Çapları giderek artan eğeler, kök kanallarının içini kazıyarak temizler.
 - Mikro Kalıntıların Temizlenmesi: İşlem sırasında serum fizyolojik veya sodyum hipoklorit kullanılarak mikro kalıntılar temizlenir.
- DİŞİN KAPATILMASI**
 - Güta-Perka Malzemesi: Deliğin içine sızmayı engelleyen bu malzeme yerleştirilir.
 - Açılan dış erişim deliği kompozit dolgu ile kapatılır.
 - Diş dokusu kaybı fazla ise, dişin kırılmaması için kaplama yapılmalıdır.

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR:

- Şikâyetlerin ortadan kaldırılarak diş bütünlüğünün korunması, dişin işlevlerinin devam ettirilebilmesi
- Fokal enfeksiyon odağı oluşturacağı düşünülen dişlerin tedavi edilerek sistemik zararların engellenmesi
- Klinik ve radyolojik belirtilerin giderilmesi,
- Ağrı şikâyetlerinin giderilmesi, Çürümeyi durdurarak olası diş çekimini önlemek,
- Estetiğin ve çiğneme fonksiyonunun yeniden kazanılması
- Dişlerin erken kaybının engellenmesi
- Enfeksiyonun yayılımını engellemek.

Doküman Kodu:	HD.RB.25	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- Önerilen tedavi uygulanmazsa: Mevcut şikâyetleriniz devam edebilir.
- Diş dokularındaki kayıp devam eder, diş kökleri etrafındaki kemikte harabiyet ve apse (şişlik) oluşumu gözlelenebilir, Fonksiyon kaybı, Estetik bozukluk, Ağız kokusu görülür.
- Mevcut ağrı ve şikâyetlerinin devam etmesi, tedavi edilemez duruma gelindiğinde dişin çekilmesi ve çekilen dişin yerine protez yapılmasının gerekmesi veya enfeksiyonun yayılması karşılaşılabilecek sonuçlardır. Lezyon (kemik yıkımının) ilerlemesi devam edebilir, diş çene kemiği içinde hareketli hale gelebilir.
- Tedavi edilemez duruma gelindiğinde dişiniz çekilebilir.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- Hekim tarafından dişlerinizin durumuna göre kök ucu cerrahisi veya dişin çekimi işlemi öneri yapılabilir.

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 hekiminize 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.
- Ağız hijyeninin iyi olmaması, verilen randevuların aksatılması ve hekimin tedaviyle ilgili öneri ve uyarılarına uyulmaması gibi nedenlerle başarılı sonuçlar elde edilemeyebilir.
- Kanal tedavisi sırasında ve sonrasında dişin durumuna göre bazı komplikasyonlar oluşabilir.
 - Diş çürüğü temizlenirken veya kanal tedavisi sırasında dişte perforasyon
 - Kanal aletinin kanal içerisinde veya dışında kırılması, Kanal aletinin yutulması veya soluk borusuna kaçması
 - Kanal dolgu maddesinin ve yıkama solüsyonlarının dişin kök ucundan taşması sonucu; Üst çene burun boşluğuna (maxiller sinüs) taşarsa maksiller sinüste hasarlara; Alt çene sinir kanalına (mandibular ve mental sinirlere) taşarsa; dudakta uzun süren uyuşukluk hissi gibi sinir hasarları meydana gelmesi
 - Kanal yıkama solüsyonlarının çevre dokulara ve ağız içine teması nedeniyle ağız içinde yanma, kızarıkların oluşması veya kalıcı hasarlar oluşması riski
 - Kanal tedavisi seansları arasında veya sonrasında; ağrı ve yüzde veya ağız içinde şişlik oluşması, dişin çekimini gerektirecek kırıklar oluşması,
 - Kanal tedavisi seanslarının uzun sürmesi sonucu eklemde ağrı ve/veya çene eklemine çıkması
 - Döner aletlerle çalışılması sırasında hastanın ani hareket yapmasıyla dil, dudak ve yanak yaralanmaları
 - Kanal dolgu yapım işleminden sonra bir süre ağrı, yemek yeme sırasında ve ısı değişikliklerinde hassasiyet
 - Kanal tedavisi bittikten sonra, başarısız olması durumunda; kanal tedavisinin yenilenmesi, kök ucu cerrahisi ve nihayetinde diş çekimi gerekmesi.
- Vücudun savunma mekanizması, kök kanalı ve periapikal dokulardaki mikroorganizmaların varlığı gibi sebeplerden dolayı ilgili dişteki belirtilerin tekrar etmesi. Buna bağlı olarak kök kanal tedavisinin yenilenmesi veya cerrahi işlemin gerekebilmesi

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- Kanal Tedavisi, **tek seans ortalama 30 dk -1 saattir.** İşlemin kaç seans olacağına dişinizin durumuna göre (dişteki enfeksiyon) diş hekiminiz karar verecektir. Enfeksiyon durumu: eğer enfeksiyon varsa, dişin içine ilaç konularak veya oral ilaç tedavisi ile bir hafta beklenir. Her bir seansın arası ise minimum 2-3 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 uyuduğunda 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

Doküman Kodu:	HD.RB.25	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

durdurur ve yapılan maddenin miktarına, yapılış yerine göre **1- 4 saatlik** bir uyusukluk 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 **AİDS, Hepatit B/C** gibi bulaşıcı bir hastalığınız veya şeker, kalp, yüksek tansiyon veya böbrek yetmezliği gibi bir sorunuz varsa bunları mutlaka hekiminize bildirmeniz gerekir.
- Anestezik 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.
- 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,
- Ağrı şikayetiniz sürekli olursa lütfen hekiminizle irtibatta bulununuz.
- Hekiminizin önerdiği antibiyotik kullanımını düzenli yapmanız gerekir

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

- Uyulması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında hekiminiz bilgilendirme yapacaktır.
- İşlemden sonra hekiminizin izin verdiği saatte yemek yemeye başlayabilirsiniz. Doktorunuzun önerilerine (egzersiz, beslenme programı vb.) uyunuz ve eğer varsa sizden istenen tarihteki poliklinik kontrolünüzü ihmal etmeyiniz. Lokal anestezik maddeler dolgu yapılacak bölgeye uygulandığında sinir iletimini geçici olarak durdurur ve yapılan maddenin miktarına, yapılış yerine göre **1- 4 saatlik** bir uyusukluk sağlar. Bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez.

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.25	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	4 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

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

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

İmza

Rızanın Alındığı Tarih / Saat

HASTA ONAY VEREMEYECEK DURUMDA İSE:

Hasta / yasal temsilcisi

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

İmza

Rızanın Alındığı Tarih / Saat

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.