

Doküman Kodu:	HD.RB.28	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 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:

- DİŞ ETİ İLTİHABI**, Diş taşı, kötü kaplamalar veya genetik kökenli diş eti hastalıklarına bağlı bakteriler nedeniyle dişeti dokusunun aşağı doğru çekilmesidir. Dişlerin çevresindeki kemik ve diş eti dokularında oluşabilen bir iltihap türüdür. Diş eti iltihabının belirtileri arasında ağız kokusu, kırmızı ve şişmiş diş etleri, kötü bir tat hissi, diş etlerinin çekilmesi ve diş kökünün açığa çıkması, dişlerin gevşemesi ve eğrilmesi ve diş eti kanamaları bulunmaktadır. Diş eti iltihabı tedavi edilebilir durumdadır, ancak tedavi süreci inflamasyonun evresine bağlıdır. 'Diş eti iltihabı' aşamasında başlayan bir tedavi, genellikle yüksek başarı ile sonuçlanabilir. Diş eti iltihabının tedavisi genellikle dişlerdeki birikimleri (plaklar ve tartarlar) ortadan kaldırmak ve düzgün bir kök yüzeyi sağlamak için yapılan işlemleri içerir. İleri vakalarda cerrahi tedavi gerekebilir.
- DİŞ TAŞI**, günlük diş temizliği ihmal edildiğinde oluşan ve tartara dönüşebilen **BAKTERİ PLAĞI** tabakasıdır. Diş taşlarının oluşması genellikle tükürük yapısına ve diş temizliğine verdığınız öneme bağlıdır ve diş taşlarının temizlenmemesi diş eti çekilmesine sebep olabilir.
- DİŞ TAŞI TEMİZLİĞİ**; Diş taşlarının ultrasonik cihazlarla veya el aletleriyle diş yüzeyinden uzaklaştırılmasıdır. genellikle lokal anestezi altında gerçekleştirilir. Lokal anestezi altında enfeksiyondan etkilenmiş dokuların ve hastalığa neden olan mikropların uzaklaştırılması işlemidir. Dişler düzgün bir şekilde temizlenmediğinde, dişlerin üzerinde ve arasında biriken yiyecek artıkları nedeniyle bakteri üremesi olur ve diş eti ve dişleri destekleyen diğer dokuları etkileyen iltihabi bir hastalık oluşur. Bakteri plağı adı verilen bu pulpa benzeri kalıntılar, diş çürümesi ve diş eti iltihabının ana nedenidir.
- Dişlerdeki bu kalıntılar da zamanla tükürüğün yerleşmesi nedeniyle tartar oluşturur. Daha sonraki aşamalarda diş çekimi kaçınılmaz hale gelebilir.

İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR:

- Diş eti iltihabının azalması veya geçmesi, diş eti hastalığının durdurulması, kanamanın azalması, sağlıklı diş ve diş etlerine kavuşma, diş kayıplarının önlenmesi.
- Bu işlem, daha dengeli bir gülümseme sağlar ve. Sonuçlar genellikle hemen görülür ve iyileşme süreci genellikle birkaç gün sürer.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- Diş eti iltihabı hastalığı, dokunma ve kendiliğinden kanama, ağız kokusu, tat bozukluğu, diş eti çekilmesi, kemik kaybı ve diş kaybıdır.
- Bunun yanı sıra uzun dönemde kalp damar hastalıkları, Diabetes mellitus ve gebelik üzerine de belirgin olumsuz etkileri ortaya çıkabilmektedir.

Doküman Kodu:	HD.RB.28	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- Alternatif tedavi yoktur.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- Planlanan tedavi ve işlemler sırasında lokal anesteziye ile yapılacak işe, bazı 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.
- Sıcak-soğuğa karşı hassasiyet, dişlerde (sallanma), kanama, ağrı ve diş kayıpları olabilir.
- Dişlerin kendi rengine dönmelerini sağlar.
- Diş taşı temizliği diş beyazlatma işlemi değildir

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- İşlemin tahmini süresi uygulama alanının durumuna göre değişiklik gösterse de **ortalama 30 dk ve 1 saat** olabilir.
- İşlemin kaç seans olacağına diş hekiminiz karar verecektir. Her bir seansın arası ise minimum 7 -10 gündür.

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

- İşleme başlanmadan önce herhangi bir sistemik hastalık, hamilelik, kullandığı tüm ilaçlar ve alerjik bir durum varsa muhakkak hekiminize söylenmelidir.
- 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 uyuşturduğunda 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.
- Operasyondan sonra ağrı kesici ve gargara reçete edilebilir İşlem sonrasında ilk gün sıızlamalar gayet normaldir. Ağrı şiddetine dayanılamaması durumunda hekim kontrolü ve bilgisinde ağrı kesici, antienflamatuar ilaç alınabilir.
- Hassasiyet durumunda, diş hekiminizin uygulayacağı florür ve size önereceği diş macunu veya kremleri bu diş hassasiyetini azaltacaktır.

HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- İşlemler 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. 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.
- 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. Uygulama sonrası 2 saat hiçbir şey yenilip içilmemeli, ilk günlerde yumuşak ve ılık yiyecek ve içecekler alınmalıdır. İşlem sonrası 3-4 hafta boyunca sigara içilmemesi gereklidir.
- Enfeksiyonlar dan korunması için ağız bakımı (gargara, vb.) dikkat edilmelidir,

Doküman Kodu:	HD.RB.28	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

- Tedavi esnasında ajanın yumuşak dokularla teması sonucunda dokularda ağrı, alerjik reaksiyon ve hassasiyet, meydana gelebilir. Tedavi bittikten sonra hasta ağız bakımına özen göstermelidir İşlem sonrasında sonrasında da ilk iki hafta süre boyunca renklendirici ve asidik özelliği olan gıdalar (çay, kahve, sigara, şarap, meyve suyu, salçalı yemekler) tüketilmesi önerilmez
- Diş etlerinizi diş hekiminin önerdiği şekilde yumuşak bir diş fırçası ile fırçalayın ve diş ipi / diş aralarını temizlemek için tasarlanmış bir fırça kullanın.
- Uygulama sonrası, soğuk-sıcak içeceklerle ve havaya bile karşı oluşan bir hassasiyet rahatsızlık olabilir. Çok sıcak ve çok soğuk yiyecek içecekler tüketilmemelidir Bu, normal ve beklenen bir yan etkidir. Aksi takdirde hassasiyetin artmasına sebep olurlar. Hassasiyet 24-48 saat içinde geçmezse hekiminizin tavsiyelerini yapmanız veya aramanızı öneririz. Diş etleriniz 3 ila 4 hafta içinde iyileşir ancak son şeklini almanız 2 ila 3 ay sürer. Varsa eski kuronlarınız ve köprüleriniz değiştirilmelidir. Diş taşı temizliği genellikle her 6-12 ayda bir yapılmalıdır

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

- Uyulması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında hekiminiz bilgilendirme yapacaktır
- İlk 2-4 saat soğuk sıcak bir şey içme ve yememeli, diğer günlerde asitli olmayan ve ılık yiyecek ve içecekler alınmalıdır.
- Hastanın uygulamada ve sonrasında da hekimin önerilerini dikkat etmemesi sonucu, istenilen diş temizliğine ulaşılamaması, işlemin birkaç seans tekrarlanması, eksternal servikal rezorbsiyon, (esr- odontoklastik aktivite sonucu dişin sert doku kaybı), dişetinde ülserasyon (dişeti dokusunun ağrılı, nekrozlu, kokulu bir iltihabı), irritasyon, (lezyonların dişeti, dil, alt dudak ve yanak mukozasında oluşması)ve ağrı ve hassasiyet sorunları oluşabilir.
- İşlem sonrasında sonrasında da ilk 14 günlük süre boyunca renklendirici ve asitli özelliği olan gıdalar (çay, kahve, sigara, şarap, meyve suyu, salçalı yemekler vb) tüketilmesi 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.28	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.