

Doküman Kodu:	HD.RB.33	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, 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:

- **GÖMÜLÜ DİŞ;** Gömülü diş iki farklı anlam ifade edebilir: Ya ağız içinde çıkması için yeterince alan olmadığı için çıkamayan bir diştir, ya da yanlış yönde, yanlış pozisyonda, yanlış bir konumda çıkmaya çalıştığı için baş gösteremeyen bir diştir. Her iki durumda da diş gömülü kalır ve kendiliğinden çıkması bir noktadan sonra imkansız hale gelebilir. Ağız içerisinde sürmesi beklenen zamanda sürememiş (Sistemik faktörler, lokal faktörler, bozuk gelişim gibi nedenlerle) dişlere denilmektedir.
- Dişler dental stabilite ve estetik açıdan oldukça önemlidir Bu yüzden bu dişlerin prognozu iyiye sürdürülmesi gerekmektedir. Gömülü dişlerin ağız ortamına sürdürülmesinde gömülü dişin pozisyonuna, hastanın yaşına, uygun yer, yapışık diş eti miktarına bakılarak karar verilir.
- Dişler; süt dişlerinin erken kaybı, yer darlığı ve kemik yoğunluğu gibi sebepler dolayısıyla gömülü kalabilmektedir.
- Ağız içerisinde genellikle **üst köpek dişleri veya yirmilik dişleri** gömülü kalmaktadır. Bu dişlerin sürdürülmesi için ortodontik tedavi gereklidir.
- Ortodontik tedavi ile önce gömülü olan dişler haricinde kalan dişler hizalanır sonrasında LOKAL ANESTEZİ altında gerçekleştirilen ufak bir operasyon ile gömülü kalan diş yüzeyine ulaşarak buton dediğimiz dişi sürdürmemize olanak sağlayan ataçman yapıştırılır. Bu ataçman yardımıyla dişe sürmesi için kuvvet uygulanır fakat bireysel ve çeşitli faktörlerin etkisiyle diş sürmeyebilir.
- Bu operasyondan sonra gömülü kalan dişin içerideki derinliğine, konumuna, diğer dişler ile olan komşuluğuna bakılarak sürdürme işlemi ortodontist tarafından başlatılır. Dişin ağızda görünme süresi biraz önce bahsedilen derinlik, konum ve diş komşuluğu gibi faktörlere göre değişiklik göstermektedir.
- Gömülü diş barındıran ortodontik tedaviler uzun süren ve sıkı takip gerektiren tedavilerdir.
- Gömülü dişin konumunun ve dişin ankiloze (dişin kemikle kaynaşması durumu) olup olmadığının belirlenmesi için CT (tomografi) istenebilir.
- **TEL TEDAVİSİYLE DİŞİN AĞZI İÇİNE SÜRDÜRÜLMESİ**
- Özellikle köpek dişlerinin gömülü olduğu durumlarda diş çıkmasına yardımcı olan tedavi türlerine başvurmak mümkün olmaktadır. Diş teli ve braketler bu yöntemlerden sayıldığı gibi süt dişi ya da yetişkin diş çekimi de yardımcı olarak kullanılabilir. Elbette bu yöntem, daha çok çocuk ve gençlerde kullanıldığında efektif olan bir yöntemdir. Eğer gömük dişin sürdürülmesinde herhangi bir sonuca ulaşılmazsa gömülü dişin bir dental implantla ya da köprü ile değiştirilmesi gerekebilir.
- Gömülü dişin sürdürülmesi esnasın da komşu dişlere zarar verme ihtimali söz konusudur. Böyle bir durumun oluşması halin de hekiminiz gömülü dişin sürdürülmesini durdurabilir.

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

- Diş sürdürülerek dental stabilite, estetik sağlanır.

Doküman Kodu:	HD.RB.33	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: : 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	---------------------------	---	----------	----	-----------	-------

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- Ancak dişiniz kısmen gömülü ise onu temizlemek daha da zor bir hal alabilir. Bu da hem gömülü dişlerinizi, hem de genel ağız ve diş sağlığınızı risk altına sokmak anlamına gelir. Gömülü dişlerin tedavi edilmedikleri sürece ortaya çıkartabilecekleri bazı komplikasyonları şöyle sıralamak mümkün:
- Diş çürükleri, Dişlerde istenmeyen boşlukların meydana gelmesi, Enfeksiyon, Çevredeki diş köklerine hasar verebilecek ve kemiğe kadar inebilecek kistler, Diş kökü ya da çene kemiğinde erime, Diş eti rahatsızlıkları,
- Komşu dişin mobilitesinin artması, Kök rezorpsiyonu, Kist ve tümörlerin oluşumu, Gömülü dişin komşu sinirlere ve damara baskı yapması sonucu sinir ve vasküler sorunlar, Peridontal rahatsızlıklar oluşabilir.
- Gömülü dişin çürüğü, Kırmızı, şiş ya da kanayan diş etleri, Kötü ağız kokusu, Ağızdaki diş sayısında eksikliğe bağlı sorunlar, Ağızda sürekli olarak kötü bir tat, Ağız açmakta zorlanma, Ağız açarken, çiğnerken ya da ısırırken ağrı hissetme semptomlarının devamı olur.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- İşlemin Alternatif tedavisi yoktur.
- Eğer gömülü dişiniz herhangi bir yan etki ya da semptom üretmiyorsa, diş hekiminiz bekle ve gör yaklaşımını takip etmeyi önerebilir.
- Bu gibi durumlarda gömülü diş, sık ve düzenli aralıklarla takip edilir, böylelikle gereksiz cerrahi işlemlerin gerçekleşmesinin önüne geçilebilir. Düzenli röntgenler, dişin ne durumda olduğunu, hareket edip etmediğini ya da çıkmaya çalışıp çalışmadığını ortaya koyacaktır. Dişin seyrine göre ilerleyen dönemlerde farklı bir tedavi alternatifine de başvurulabilir.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- Planlanan tedavi ve işlemler sırasında lokal anesteziye ile yapılacak ise, 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.
- Cerrahi işlem sonrası bölgede ağrı, şişlik, renk değişikliği, Sıcak-soğuğa karşı hassasiyet, dişlerde (sallanma), kanama ve diş kayıpları olabilir.
- Tamamen gömülü olan dişler hiçbir zaman kendi kendilerine diş etinden çıkmayacağı için onları temizlemeniz ya da bakımını yapmanız da mümkün olmayacaktır.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- İşlemin tahmini süresi uygulama alanının durumuna göre değişiklik gösterse de ortalama 1- 3 saat olabilir.

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 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 durdurur ve yapılan maddenin miktarına, yapılış yerine göre **1- 4 saatlik** bir uyuşukluk sağlar. Bu nedenle ısırma ya da yeme içme için 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.

Doküman Kodu:	HD.RB.33	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: : 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	---------------------------	---	----------	----	-----------	-------

- 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 AIDS, 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. 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.
- Gömülü diş tedavisine başlamadan önce diş hekimi uzmanınızın sizlere verdiği talimatlara birebir uymanız gerekiyor. Diş hekiminiz hangi gömülü diş tedavisine karar verdiyse ona göre bir tedavi planı izleyecek ve tedavi öncesinde gerekli önlemleri alacaksınız.
- Tedavi sonrasında ise özellikle ilk gün ağız ve diş sağlığınıza, enfeksiyonlar dan korunması için ağız bakımı (gargara, vb.) dikkat etmeniz ve özen göstermeniz çok önemlidir.
- Diş hekimi, ameliyat tamamlandıktan sonra ne kadar süre herhangi bir gıda tüketmemeniz gerektiğini belirtecektir; bu süreye uymanız önem taşır.
- Bununla birlikte ilk birkaç gün aşırı sıcak ve aşırı soğuk yiyecek ve içeceklerin tüketiminden uzak durmalı, tercihen püre, çorba, muhallebi, smoothie gibi yumuşak ve akışkan yiyecekleri tercih etmelisiniz.
- Aşırı sert ve yapışkan gıdalardan da uzak durmanız, sizin faydanıza olacaktır.
- Eğer diş hekiminiz size soğuk kompres uygulaması önerdiyse, bu uygulamayı da aksatmadan ve zamanında uyguluyor olmanız önemlidir, zira soğuk kompres uygulaması özellikle gömülü diş ameliyatının devamındaki ilk birkaç gün içerisinde suratınızın şişmesini ve morarmasını engelleyecek bir önlemdir.
- Gömülü diş çekimi ameliyatı sonrasında iyileşme süreci **ortalama 7 gün sürmektedir**, ancak işe ya da okula dönüş için birkaç gün beklemek yeterlidir.

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, nekrozu, 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.33	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

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.