

Doküman Kodu:	HD.RB.37	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, 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, 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:

- **YER TUTUCU TEDAVİSİ:** Çocuğun vaktinden önce, erken yaşta süt dişini çürük ya da travma sonucu erken kaybetmesi durumunda, estetiğinin, çiğneme ve konuşma işlevlerinin geri kazandırılması amacıyla daimi dişin süreceği yeri korumak için ölçü alınarak yer tutucu ve diş protezleri yapılmaktadır.
- Yapılacak yer tutucu ile çekim boşluklarının kapanması engellenmekte, böylece alttan gelecek daimi dişlerin sürmesi için gerekecek bu boşluklar korunmaktadır. Ayrıca uygun görülürse bu boşluklara suni dişler yerleştirilerek çocuğun daha iyi çiğnemesi sağlanmakta, bunun yanında estetiği de düzeltilmektedir.
- Yer tutucu yapımı, esnasında öncelikle uygun kaşık kullanılarak çocuğunuzun ağzından ölçü alındıktan sonra diş teknisyenleri tarafından laboratuvarında hazırlanmaktadır. Kayıp diş sayısına ya da bölgesine göre sabit veya hareketli olarak hazırlanabilirler.
- Daimi diş sürene kadar ağızda kalmaları gerekmektedir.,

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

- Dişsiz alana komşu dişlerin devrilmesi önlenir ve dişsiz alanın mevcut genişliği korunur.
- Sürmekte olan daimi diş için gerekli yer korunup, çenede meydana gelebilecek olası çapraşıklıklar ve ortodontik problemler engellenmiş olur.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- Yer tutucunun yapılmaması durumunda çekim boşlukları, komşu dişlerin bu bölgeye kayması ile kapanmakta, sonuçta sürmekte olan dişler kendilerine yer bulamamakta ve ileride çapraşıklıklara neden olmaktadır.
- Yapılacak tedavilerin başarısı hasta uyumu ile direkt ilişkilidir. Yapılan tedavilerin üç ayda bir kontrolü gereklidir.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- İşlemin alternatifi bulunmamaktadır.
- Gerekli olduğu halde yer tutucu yapılmadığında çocuğun ilerleyen dönemlerde daimi dişlerinde çapraşıklık görülmesi veya daimi dişlerin sürememesi söz konusu olabilir. Bu durum ancak daha detaylı ORTODONTİK uygulamalar ile düzeltilebilir.

Doküman Kodu:	HD.RB.37	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 3
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- İşlem ağrılı olmadığı için **ANESTEZİ** gerektirmemektedir.
- Yer tutucu yapımı esnasında öncelikle uygun kaşıklar kullanılarak çocuğun ağzından ölçü alınmaktadır.
- Bu ölçü alımı esnasında nadir de olsa çocuklarda bulantı ve kusma refleksi ortaya çıkmakta ancak bu durumda çocuklar çeşitli yönlendirmelerle rahatlatılmaktadır.
- Çok düşük oranda da olsa kullanılan materyale karşı hastada alerjik reaksiyon gelişebilir.
- Yeterli oral hijyen sağlanmadığında gıda retansiyonu artacağından, yeni diş çürükleri oluşabilir.
- Yer tutucular, ilk takıldığı günlerde diş etinde rahatsızlık oluşturabilir.
- Yer tutucular uzun süre kullanıldığında yerinden çıkabilir, bu durumda hemen hekim bilgilendirilmeli ve yer tutucu tekrar takılmalıdır.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- Çocuk diş hekimliği uygulamaları çok farklı işlemleri içerdiğinden, işleme ve dişlerin durumuna bağlı olarak süreler değişmektedir. Ancak **ortalama işlem süresi 15-30 dakikadır.**
- (1. Seans: 5-15 dakika (ölçü işlemi için), 2.seans: 10-15 dakika** (yer tutucunun uyumlandırılması için)

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

- Yer tutucu uygulaması sırasında dişlerin ölçüsünün alınması gerekmektedir. Bu ölçü alımı esnasında nadir de olsa çocuklarda kusma refleksi ortaya çıkmakta ancak bu durumda çocuklar çeşitli yönlendirmelerle rahatlatılmaktadır.
- Çok düşük oranda da olsa kullanılan materyale karşı hastada alerjik reaksiyon gelişebilir. 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:

- Çocuk hasta diş tedavisi sürecinde kafasını, el/ayaklarını hareket ettirerek diş tedavisinin güvenli şekilde yapılmasını engelleyebilir. Bu durumda ağız içindeki yumuşak dokular(dudak, yanak, dil) yaralanabilir.
- Bu davranışlar gözlemlendiğinde diş hekimlerinin ve yardımcılarının hastanın ellerini tutması, kafayı sabitlemesi veya bacak hareketlerini engellemesi gerekebilir. Ayrıca diş hekimi, çocuğun kendisini bir otorite olarak görmesini sağlamak ve tedaviyi kolaylaştırmak amacıyla değişik ses tonlamaları kullanabilir.
- Çocuk ile hekim arasındaki iletişimin sağlıklı bir şekilde kurulabilmesi için velilerin salonda beklemesi gerekmektedir. Hekim gerekli gördüğü durumlarda veliyi tekrar çağırabilir.
- Yapılan tedavilerin başarısında hastaların ve velilerinin hekim ile işbirliği içerisinde ve uyumlu olmalarının etkisi büyüktür Yapılacak tedavilerin başarısı hasta uyumu ile direkt ilişkilidir.
- Sabit ve hareketli yer tutucuların, daimi diş sürene kadar ağızda kalmaları gerekmektedir.,
- Hareketli yer tutucunun, nasıl kullanılacağına dikkat edilmediğinde, uyum bozuklukları veya kırılmalar meydana gelebilir.
- Sabit yer tutucular, diş yapıştırılarak yerleştirildikleri için düşebilirler. Bu nedenle sert yiyeceklerin yenmesinde dikkatli olunmalıdır.

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

- Ölçü alma işlemi sırasında nadir de olsa çocuklarda kusma refleksi ortaya çıkabilir. Bu durumda çocuklar çeşitli yönlendirmelerle rahatlatılmaktadır. Çok düşük oranda da olsa kullanılan materyale karşı hastada alerjik reaksiyon gelişebilir.
- Uyulması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında doktorunuz bilgilendirme yapacaktır.
- Yapılan tedavilerin üç ayda bir kontrolü gereklidir. Herhangi bir sorunda mutlaka hekiminizle ve kliniğimizle iletişim kurunuz.

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**



Doküman Kodu:	HD.RB.37	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 3
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

- 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.

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):

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

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.