

Doküman Kodu:	HD.RB.38	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:

- FİSSÜR ÖRTÜCÜ UYGULAMASI.** Dişlerin çürütmesini engellemek, diş yapısını güçlendirmek amacıyla **yüksek konsantrasyondaki flor preparatları** cila şeklinde diş yüzeylerine sürülmekte veya jel formunda uygun boyutlardaki kaşıklarla çenelere uygulanmaktadır. Flor uygulaması çürüğe karşı tek başına yeterli olamamakta, gerekli etkinin sağlanabilmesi için mutlaka düzenli diş fırçalama ile desteklenmesi gerekmektedir.
- Bu uygulamada özel kaşıklar yardımıyla **FLOR JELİN 1-4 dk.** Diş yüzeyine etki etmesi beklenmektedir.
- Florun yutulmasını engellemek amacıyla tükürük emiciler kullanılmaktadır.
- Arka dişler üzerindeki girintiler gıda artıklarının en çok biriktiği ve en zor temizlenen bölgelerdir. Bu bölgeler şeffaf veya beyaz renkte, sıvı şeklinde koruyucu madde uygulaması ile örtülerek diş çürüğünün gelişimi önlenmeye çalışılmaktadır.
- 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. Bu işlem esnasında nadir de olsa çocuklarda kusma refleksi ortaya çıkmakta ancak bu durumda çocuklar çeşitli yönlendirmelerle rahatlatılmaktadır.
- 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

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

- Diş minesinde oluşabilecek çürüğü engeller. Akıcı kıvamda olduğundan diş yüzeyindeki herhangi bir aşındırma işlemi yapılmaksızın uygulanır ve yükseklik oluşturmaz.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR

- Dişler ağza ilk sürüldüğünde minesi tam olarak kalsifiye olmadığından (olgunlaşmadığından) genellikle çürüğe daha dirençsizdir ve çürük oluşumuna daha yatkındır. Bu nedenle dişlerde daha hızlı çürüme meydana gelebilir. Çürük ilerleyebilir, mevcut şikâyetler devam edebilir, tedavi edilemez duruma gelindiğinde dişin çekimi gerekebilir.
- Daimi dişlenmeyi etkileyebilecek sorunlar doğabilir.

Doküman Kodu:	HD.RB.38	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: : 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 3
---------------	----------	-------------------	------------	---------------------------	---	----------	----	-----------	-------

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- İşlemin Alternatifi yoktur.
- Çürükler dişlerin harabiyetine sebep olmaktadır ve tedavi edilmediği takdirde ağrı ve apse ile sonuçlanmaktadır.
- Diş çürükleri ilerleyip diş çekilmesi ile sonuçlanabilir.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- İşlem sırasında alerjik reaksiyon gelişebilir, bulantı ve kusma olabilir. Çok düşük oranda da olsa kullanılan materyale karşı hastada alerjik reaksiyon gelişebilir. Bu işlem esnasında nadir de olsa çocuklarda kusma refleksi ortaya çıkmakta ancak bu durumda çocuklar çeşitli yönlendirmelerle rahatlatılmaktadır
- Sert yiyecekler tüketilirse kırılabilir ve yenilenmesi gerekebilir.
- Hasta ağız bakımını yeterince yapmazsa örtücüye rağmen çürük oluşabilir.
- 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

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- Çocuk diş hekimliği uygulamaları çok farklı işlemleri içerdiğinden, çocuğun psikolojisine, işleme ve dişlerin durumuna bağlı olarak süreler değişmektedir. Ancak ortalama işlem süresi **her bir diş için ortalama 5 dakikadır.**
- Hekim tarafından uygun görüldüğü taktir de altı ayda bir uygulanması gerekmektedir.

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- İşlemde lokal anesteziye gerek yoktur.
- Bu işlem esnasında nadir de olsa çocuklarda kusma refleksi ortaya çıkmakta ancak bu durumda çocuklar çeşitli yönlendirmelerle rahatlatılmaktadır. Florun yutulmasını engellemek amacıyla tükürük emiciler kullanılmaktadır.
- Çok düşük oranda da olsa kullanılan materyale karşı hastada alerjik reaksiyon gelişebilir.

HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- İşlem sonrası yarım saat bir şey yenip içilmemesi önerilmektedir.
- Sakız gibi dişe yapışkan yiyecekler en az 2 saat tüketilmemelidir.
- Sert gıdalar tüketilmemelidir.
- Çocuğun şekerli, asitli içecekleri kullanmamasına dikkat edilmelidir
- Ağız bakımına dikkat edilip, düzenli diş fırçalama yapılması gerekmektedir. Ağız bakımında çocuğun alışkanlık edinilmesi sağlanmalıdır.

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

- İşlem sonrası önerilen uygulamalar yapılmaz ise Flor uygulama işleminin etkisi azalır, çürük ilerlemeye devam eder.
- Flor uygulaması çürüğe karşı tek başına yeterli olamamakta, gerekli etkinin sağlanabilmesi için mutlaka düzenli diş fırçalama ile desteklenmesi gerekmektedir.

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.38	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 iletılması 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

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 VEREME ME 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.