



Doküman Kodu:	HD.RB.42	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, 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:

- PROTETİK RESTORASYON UYGULAMASI;** Dolgu yapabilmek için yeterli diş dokusunun kalmadığı durumlarda veya travma sonrası kırılan dişlere yeniden fonksiyon kazandırabilmek için kaplama uygulaması yapılma işlemidir.
- Çürük diş dokusu lokal anestezi altında uzaklaştırıldıktan sonra kronun adaptasyonu için kalan diş yapısının kesimi yapılır, piyasada hazır olarak bulunan kronlar veya ölçü alınmasını takiben laboratuvarında hazırlanan kuronlar yapıştırılarak hasarlı diş tedavi edilir.
- Uygulanan kuronlar iki çeşit olup paslanmaz çelik ve şeffaf selüloid içeriğine sahiptir. Paslanmaz çelik kronlar metal yapıda olup daha çok arka dişlerde tercih edilir. Strip kuronlar ise şeffaf yapıda olup estetik beklentinin yüksek olduğu ön dişlerde uygulanır.
- Çocuk hasta diş tedavisi süresince kafasını, el ve/veya ayaklarını hareket ettirerek diş tedavisinin güvenli şekilde yapılmasını engelleyebilir.
- Bu durumda ağız içindeki yumuşak dokularda (dudak, yanak, dil) yaralanmalar meydana gelebilir. Bu tarz davranışlar ortaya çıktığında diş hekimlerinin ve yardımcılarının hastanın ellerini tutması, kafayı sabitlemesi ve/veya bacak hareketlerini engellemesi gerekebilir.
- Ayrıca diş hekimi, çocuğun kendisini bir otorite olarak görmesini ve tedaviyi kolaylaştırabilecek düzeyde yardımcı olmasını sağlamak amacıyla değişik ses tonlamaları kullanılabilir.
- 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.

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR:

- Çok fazla diş dokusu kaybı bulunan dişlerin estetik ve çiğneme fonksiyonuna katkı sağlanması beklenmektedir.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- Diş dokusu kaybı fazla olduğu halde kuron uygulanmadan yapılan dolgu kırılabilir, hatta düşebilir.
- İlgili diş kanal tedavisi gerekebilir. Dişin kendisi kırılabilir. Apse oluşabilir. Çekim gerekebilir.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- İşlemin alternatifi bulunmamaktadır.

Doküman Kodu:	HD.RB.42	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- Tedavi sırasında ağrı hissinin oluşmaması için ilgili bölge lokal anestezi ile uyuşturulabilir. Planlanan tedavi ve işlemler sırasında lokal anesteziye ile yapılacak işlemler, 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. Anestezinin (iğnenin) yapıldığı yerde ağrı ve rahatsızlık hissi oluşabilir.
- Uygulanan kuronlar paslanmaz çelikten üretilmiş olduğu için hasta ağızda metal görünebilmektedir.
- Yapıştırma işlemi sonrasında sert yiyecekler ısırdığında kuronlar düşebilir veya kırılabilir.
- İşlem sonrası o bölgedeki diş etleri belli bir süre hassas, kanamalı ve ağrılı olabilir.
- Süt dişlerine yapılan kuron alttan daimi dişin çıkmasına engel teşkil etmez.
- Kuron yapıldıktan sonra hastaya bağlı (yapışkan şekerlemeler, sert gıda tüketimi, vb) nedenlerden dolayı kuronun gevşemesi veya düşmesi gibi durumlar oluşabilir.
- Çocuk hasta diş tedavisi süresince kafasını, el ve/veya ayaklarını hareket ettirerek diş tedavisinin güvenli şekilde yapılmasını engelleyebilir. İşlem sırasında veya sonrasında kuron materyalin yutulabilir veya solunum yoluna kaçabilme riski ve ağız içindeki yumuşak dokularda (dudak, yanak, dil) yaralanmalar meydana gelme riski vardır.
- Bu tarz davranışlar ortaya çıktığında diş hekimlerinin ve yardımcılarının hastanın ellerini tutması, kafayı sabitlemesi ve/veya bacak hareketlerini engellemesi gerekebilir. Çocuk ile hekim arasındaki iletişimin sağlıklı bir şekilde kurulabilmesi için velilerin salonda beklemesi gerekmektedir. Hekim gerekli gördüğü durumlarda veliyi tekrar çağırabilir.
- Dişin konumu, hastanın ağız açıklığı, dil, yanak ve komşu dokuların anatomik yapısı nedeniyle çalışma sırasında alet ağız boşluğuna düşebilir. Hasta diliyle refleks olarak kanal aletini geriye itebilir, aspire edebilir. (solunum yoluna kaçabilir).

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- Çocuk diş hekimliği uygulamaları, işleme ve dişlerin durumuna bağlı olarak süreler değişmektedir, ortalama işlem süresi **45 dakika- 60 dakika** arasında değişmektedir.

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

- Uygulama öncesi, lokal anestezi madde verilmeden herhangi bir sistemik hastalık, kullandığınız tüm ilaçlar ve alerjik bir durum varsa muhakkak hekiminize söylemelisiniz
- 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 uyutulduğunda 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 anestezi 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, antienflamatuvar ajanlar, greft-membran materyali, periodontal patlar gerekli durumlarda kullanılabilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir.
- Anestezi yapılan bölgede birkaç gün hassasiyet olabilir. Bu şikâyetin zamanla azalarak geçmesi beklenir. Hassasiyet durumunda, diş hekiminizin uygulayacağı florür ve size önereceği diş macunu veya kremleri bu diş hassasiyetini azaltacaktır.
- Diş hekimliğinde lokal anestezi sağlamak için artikain, bupivakain, lidokain, mepivakain, prilokain, benzokain vb.etken maddeli anestejik maddeler kullanılır.
- Operasyondan sonra ağrı kesici reçete edilebilir.

Doküman Kodu:	HD.RB.42	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- İşlem lokal/ bölgesel /infiltratif altında yapılabilir. 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.
- Anestezi madde verilmeden önce herhangi bir sistemik hastalık, kullandığı tüm ilaçlar ve alerjik bir durum varsa muhakkak hekiminize söylenmelidir.
- Ağız içinde işlem yapılırken ani hareketlerden (başı hareket ettirme, elle müdahale etme) kaçınınız. Dikkat etmemeniz çevre doku yaralanmaları ve komşu dişlerde yaralanmaya sebep olabilir.
- Enfeksiyonlar dan korunması için ağız bakımı (gargara, vb.) dikkat edilmelidir,
- Uygulama sonrası 2 saat hiçbir şey yenilip içilmemeli, Soğuk sıcak içecek ve yiyeceklere karşı bir dönem hassasiyet olabilir.
- Kuron uygulamasından sonra en az 2 saat boyunca herhangi bir şey yiyip içilmemelidir.
- İşlem sonrası ağız tamponu yarım saat sonra çıkarılmalı, tampon sık sık değiştirilip tükürülmemeli, ağız çalkalanmamalı ve **ilk gün diş fırçalanmamalıdır.**
- İşlemden sonra, yumuşak ve ılık yiyecek ve içecekler alınmalıdır, Yapışkan şekerlemeler, sert gıda tüketimi, vb yenilmemesi gerekmektedir. Aksi taktirde kurunun gevşemesi veya düşmesi veya kırılma gibi durumlar oluşabilir.
- Tedavi bittikten sonra hasta ağız bakımına özen göstermelidir. Diş etlerinizi diş hekiminin önerdiği şekilde yumuşak bir diş fırçası ile fırçalayın ve diş ipi / diş aralarını temizlemek için tasarlanmış bir fırça kullanın.

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

- Uyulması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında doktorunuz bilgilendirme yapacaktır.
- İşlem sonrası ağız tamponu yarım saat çıkarılmalı, **tampon sık sık değiştirilip tükürülmemelidir.** Aksi durumda Kanamanız artar.
- İşlem sonrası 2 saat hiçbir şey yenilip içilmemeli yumuşak ve ılık yiyecek ve içecekler alınmalıdır,
- İşlem sonrası, çekim yerinin enfeksiyonlar dan korunması için ağız temizliğine (diş fırçalama, diş ipi kullanma vb.)dikkat edilmeli ve **ilk gün diş fırçalanmamalıdır.**
- Hekimin önerilerini uygulamadığınız zaman kronun gevşemesi veya düşmesi veya kırılma gibi durumlar oluşabilir.

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.42	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**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.