



Doküman Kodu:	HD.RB.46	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, astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları** hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir. **Dış 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:

- Diş beyazlatma kozmetik bir işlemdir. Dişlerde sararma mine tabakasında görülür. Mine tabakası en sert, mineralden zengin ve dişin alt tabakalarını koruyucu bir kılıf gibidir. Bu tabakada sinir hücreleri yoktur ve kalsiyumdan zengin bir tabakadır. Dişin beyazlatılan tabakası diş minesidir.
- Diş minesinin şeffaf özelliğinin çok olduğu kişilerde sonuca ulaşılamayacağı için ve **15 yaşından küçüklerde uygulanmaz**
- Dişlerde sararmaya **dışsal (ekstrensek) renklenmeler** ve **içsel (intrensek) renklenmeler** yol açar.
- Dışsal renklenmeler** genellikle kötü ağız-diş bakımı, renk değişimine yol açan (kromotojenik) yiyecek ve içeceklerin bol tüketilmesi ve tütün kullanımına (sigara, pipo, puro vs.) bağlı gelişir. Bu lekeler genellikle diş minesi üzerinde ince bir film tabaka olarak görülür. Çoğunlukla şeker ile aminoasitlerin reaksiyonu sonucu diş sararmasına yol açan maddeler diş minesi üzerinde birikir. Buna ek olarak, tükürüğün yapısında bulunan proteinler kalsiyum köprüleri aracılığıyla yapışarak plaklar oluşturur. Renk değişikliğinin ilk evrelerinde tüm diş macunları ile yapılan diş fırçalama yeterli olur. Fakat zaman içinde birikmeye devam eden ve fırçalamada tümüyle temizlenemeyene lekeler daha koyu bir renk alarak diş rengini koyulaştırır ve sararmanın kalıcı olmasına yol açar.
- İçsel renklenmeler** yaşlanma, çok fazla florürlü su tüketimi, tetrasiklin gibi dişlerde kalsifikasyonu engelleyici (veya homojen kalsifikasyonu önleyici) ilaç kullanımına bağlı görülür. İçsel renklenmeler; diş fırçalama ile temizlenemezler. Bu lekelerde, mine ve dentin tabakalarına etki edebilen beyazlatıcı ajanlar kullanılarak kromojen maddelerin oksitlenmesi ve dişin beyazlatılması amaçlanır. Diş beyazlatma işlemine en hızlı yanıt veren intrinsek leke çeşitleri yaşlanmaya ve genetiğe bağlı ortaya çıkanlar, sigara ve kahve tüketimine bağlı sararmalardır.
- 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

Doküman Kodu:	HD.RB.46	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

DİŞ BEYAZLATMA YÖNTEMLERİ:

- **Ofis(Power)Blaeching; Vital beyazlatma(canlı dişlere uygulanan):**Klinik ortamında bir saat içinde gerçekleştirilen uygulamadır.Beyazlatıcı jel ve ışıktan oluşan, kısa sürede diş rengini 3-4 ton açabilen en hızlı, güvenilir ve etkili beyazlatma sistemidir.
- **Evde diş beyazlatma (Home Bleaching):** ağızdan alınan basit bir ölçü ile kişiye özel hazırlanan plastik ağızlıkların içine jeller konularak yapılan beyazlatma işlemidir. Ortalama 5-7 günde istenen beyazlama sağlanır. Günde 4-8 saat takılması gereklidir (rengi ve jelle bağlı olarak değişebilir).
- **Devital beyazlatma(kanal tedavili diş)** Dişin içten dışa doğru beyazlatılmasıdır. Önce kanal tedavisi le pulpa çıkartılır. Diş içine **sodyum perborat** yerleştirilir. Sodyum perborat renklenmeleri çözerek dişin beyazlamasını sağlar.
- Kanal tedavisi görüp rengini değiştirmiş, herhangi bir nedenle kanal tedavisi yapılan anormal renkte veya hastayı estetik yönden tatmin etmeyen dişlerde kanal tedavisi sonrasında, dişin koronal kısmına beyazlatıcı ajan yerleştirilerek bir hafta arayla yenilenir seanslar istenilen renk elde edilinceye kadar devam eder. Tedavi esnasında hastaya geçici dolgu yapılır. Tedavi bittiğinde dişler daimi olarak restore edilir.

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

- Protetik yaklaşımlara oranla daha konservatif ve doğal görünümün sağlanması ve ucuz olması.
- Herhangi bir nedenle normal rengini değiştirmiş dişlere beyazlatıcı ajan uygulanarak dişlerin daha beyaz ve normal rengine gelmesi sağlanarak hastanın estetik beklentileri giderilmeye çalışılır.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- Renklenme artabilir, çürüğe ya da enfeksiyona bağlı bir diş renklenmesi ise ve tedavi edilmezse çürük ilerleyebilir,

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- Yeterli estetik memnuniyet sağlanamaz ise restoratif ve protetik tedaviler denenebilir.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- **Vital beyazlatma(canlı dişlere uygulanan)** Dişteki renklenmenin çok şiddetli olması durumunda tedaviye çok geç cevap alınabilir veya hiç cevap alınmayabilir. Tedavi esnasında hastada hassasiyet şikâyetleri olabilir. Tedavi esnasında ajanın yumuşak dokularla teması sonucunda dokularda ağrı, alerjik reaksiyon ve hassasiyet, geçici renk değişikliği meydana gelebilir. Beyazlatma işleminden alınan sonuç, kişinin diş yapısına ve renklenmeye bağlı olarak değişir ve yaklaşık 6 ay-2 yıl arasında sabit kalır. Tabi ki bu süre kişinin kendisine de bağlıdır.
- **Devital beyazlatma(kanal tedavili dişlere uygulanan)** Dişteki renklenmenin çok şiddetli olması durumunda tedaviye çok geç cevap alınabilir. Tedavi edilen dişlerde servikal rezorbsiyon gibi patolojiler meydana gelebilir, bu durumda gerekli görülen tedavi uygulanır.
- **Diş beyazlatılma işlemi kimlere uygulanmaz risk oluşturur;**
 - Diş minesinin şeffaf özelliğinin çok olduğu kişilerde sonuca ulaşamayacağı için ve **15 yaşından küçüklerde uygulanmaz**
 - Beyazlatma işleminin zarar vereceği düşünülen kişilere (diş kökleri açığa çıkmışsa, diş eti problemi varsa),
 - Ciddi diş hassasiyeti, yaygın çürükleri varsa,
 - Ön bölge dişlerinde beyazlatmaya cevap vermeyecek, sonrasında renk farklılığı oluşturacak dolgu vb. restorasyonları olanlarda,
 - Tedavi sonrası özellikle ilk 1 hafta çay, kahve, renklendirici gıda, sigara kullanımına devam edeceklerde,
 - Diş minesinin şeffaf özelliğinin çok olduğu kişilerde sonuca ulaşamayacağı için,
 - Hamilelerde,
 - 15 yaşından küçüklerde uygulanmaz.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- Klinikte uygulanan Vital beyazlatma için tahmini **süre ortalama 50-60 dakikadır.** İşlemin kaç seans olacağına diş hekiminiz karar verecektir. Her bir seansın arası ise minimum 7 gündür. Beyazlatma işlemi uygulanan dişler de 14 gün içinde başka restoratif işlem uygulanması önerilmez.

Doküman Kodu:	HD.RB.46	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	3 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

- Beyazlatma işlemine başlanmadan önce herhangi bir sistemik hastalık, hamilelik, kullandığı tüm ilaçlar ve alerjik bir durum varsa muhakkak hekimine söylenmelidir.
- Beyazlatma ajanları ağırlıklı olarak hidrojen peroksit ve karbamid peroksit içermektedir. Bu madde hastada alerjik reaksiyonlara sebep olabilir. Hekim kontrolünde kullanılması gerekmektedir.
- Beyazlatma ajanlarının uzun süre yumuşak dokuyla teması yanıklara sebep olabilir. İşlem sırasında olası yanıklardan korunmak için diş eti koruyucular kullanılmakla birlikte diş yapısı, dişeti vb sebeplerle dişeti koruyucusuna rağmen dişetinde yanıklar oluşabilir. Bu yanıklar 3-4 saat içinde kaybolur.
- İşlem sonrasında ilk gün sızlamalar gayet normaldir. Ağrı şiddetine dayanılamaması durumunda hekim kontrolü ve bilgisinde ağrı kesici, anti-enflamatuvar 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:

- İşlem sonrasında sonrasında da ilk iki hafta süre boyunca renklendirici özelliği olan gıdalar (çay, kahve, sigara, şarap, meyve suyu, salçalı yemekler) tüketilmesi önerilmez.
- Tedavi esnasında ajanın yumuşak dokularla teması sonucunda dokularda ağrı, alerjik reaksiyon ve hassasiyet, geçici renk değişikliği meydana gelebilir. Tedavi bittikten 15 gün sonra dişler daimi olarak restore edilir. Hasta ağız bakımına özen göstermelidir. Doktorunun tavsiyelerine uymalıdır.
- Bütün beyazlatma jelleri az çok hassasiyete sebep olur. Soğuk-sıcak içeceklerle ve havaya bile karşı oluşan bu hassasiyet rahatsızlık verir. 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 beyazlatıcı kullanımının kesilmesini tavsiye ederiz.

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 rengine ulaşılamaması, işlemin birkaç seans tekrarlanması, yeniden renklenme olması, eksternal servikal rezorbsiyon, (esr- odontoklastik aktivite sonucu dişin sert doku kaybı), dişetinde ülserasyon (dişeti dokusunun ağırlı, 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 özelliği olan gıdalar (çay, kahve, sigara, şarap, meyve suyu, salçalı yemekler) tüketilmesi önerilmez. Aksitaktır de yapılan beyazlatma işlemi geriye dönebilir.

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.46	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):

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

ACIKLAMA:

Tıbbi uygulamalarla ilgili tüm şikayetleriniz 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.