

Doküman Kodu:	HD.RB.47	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. **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:

- AMBUTASYON UYGULAMASI; Süt ve genç daimi dişlerdeki çürüğün derin olması durumunda pulpa dokusu da (dişin iç kısmında damar ve sinir içeren doku) olumsuz etkilenebilir. Amputasyon, dişin pulpa dokusunun özel aletlerle uzaklaştırılıp dişin geri kalan kısmının sağlıklı bir şekilde kalmasını amaçlayan tedavi şeklidir.
- Kullanılan materyaller diş ve çevre dokulara en az zarar verecek şekilde geliştirilmiştir.
- Ancak her ilaç gibi yan etkileri oluşabilir. Diş tedavilerinin hepsinde olduğu gibi bu tedavide de her zaman başarı beklenemez.
- Amputasyon tedavisinde çocuğun hikâyesi, dişin fizyolojik özellikleri başarıyı etkiler.
- Amputasyon tedavisi sonrasında kanal tedavisine ya da dişin çekimine karar verilebilir.
- Amputasyon tedavisine çürük dişin tedavisi yapılırken karar verildiğinden ilk muayenede size bilgi verilmeyebilir. Ancak uygulama sırasında size bilgi verilecektir.
- Amputasyon tedavisi sonrasında dişin çekimine karar verildiğinde ilk yapılan tedavi planı değişebilir. Bu durumda ortaya çıkan mali yükten hekiminiz sorumlu değildir.
- Dişlerde mevcut bulunan çürükler, gerekli ise lokal anestezi ile frezler ve/veya el aletleri kullanılarak tamamen temizlenir, pulpa dokusu (dişin damar ve sinir içeren kısmı) endodontik aletler yardımıyla uzaklaştırılıp dişin geri kalan kısmının sağlıklı bir şekilde kalması sağlanır.
- Daimi dişin kanalları, diş ile ilgili semptomlar ortadan kalktığında kanal dolgu malzemeleri ile doldurulur.
- 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:

- Şikâyetlerin ortadan kaldırılarak diş bütünlüğünün korunması, dişin işlevlerinin devam ettirilebilmesi
- Fokal enfeksiyon odağı oluşturacağı düşünülen dişlerin tedavi edilerek sistemik zararların engellenmesi
- Klinik ve radyolojik belirtilerin giderilmesi
- Ağrı şikâyetlerinin giderilmesi,

Doküman Kodu:	HD.RB.47	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

- Süt ve genç daimi dişlerdeki çürüğün derin olması durumunda dişin geri kalan kısmının sağlıklı bir şekilde kalmasının sağlanması,
- Çürümeyi durdurarak olası diş çekimini önlemek,
- Çiğneme fonksiyonunu kazandırmak,
- Mevcut estetik görünümün artırılması,
- Enfeksiyonun yayılımını engellemek.
- Dişlerin erken kaybının engellenmesi

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- Önerilen tedavi uygulanmazsa: Diş dokularındaki kayıp devam eder, diş kökleri etrafındaki kemikte harabiyet ve apse (şişlik) oluşumu gözlenebilir, Fonksiyon kaybı, Estetik bozukluk, Ağız kokusu görülür.
- Mevcut ağrı ve şikâyetlerinin devam etmesi, tedavi edilemez duruma gelindiğinde dişin çekilmesi veya kanal tedavisinin gerekmesi veya enfeksiyonun yayılması karşılaşılabilecek sonuçlardır. lezyon (kemik yıkımının) ilerlemesi devam edebilir, diş çene kemiği içinde hareketli hale gelebilir.
- Tedavi edilemez duruma gelindiğinde dişiniz çekilebilir.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- İşlemin alternatifi bulunmamaktadır.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- Planlanan tedavi ve işlemler sırasında lokal anesteziye bağlı ya da rutin cerrahi 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.
- Ağız hijyeninin iyi olmaması, verilen randevuların aksatılması ve hekimin tedaviyle ilgili öneri ve uyarılarına uyulmaması gibi nedenlerle başarılı sonuçlar elde edilemeyebilir.
- Diş çürüğü temizlenirken dişte perforasyon, kanal aletinin kanal içerisinde veya dışında kırılması, Kanal aletinin yutulması veya soluk borusuna kaçması,
- Kanal dolgu maddesinin ve yıkama solüsyonlarının dişin kök ucundan taşması sonucu; Üst çene burun boşluğuna (maksiller sinüs) taşarsa maksiller sinüste hasarlara; Alt çene sinir kanalına (mandibular ve mental sinirlere) taşarsa; dudakta uzun süren uyuşukluk hissi gibi sinir hasarları meydana gelmesi
- Kanal yıkama solüsyonlarının çevre dokulara ve ağız içine teması nedeniyle ağız içinde yanma, kızarıkların oluşması veya kalıcı hasarlar oluşması riski
- Kanal tedavisi seansları arasında veya sonrasında; ağrı ve yüzde veya ağız içinde şişlik oluşması, dişin çekimini gerektirecek kırıklar oluşması
- Kanal tedavisi seanslarının uzun sürmesi sonucu eklemde ağrı ve/veya çene eklemine çıkması
- Döner aletlerle çalışılması sırasında hastanın ani hareket yapmasıyla dil, dudak ve yanak yaralanmaları
- Kanal dolgu yapım işleminden sonra bir süre ağrı, yemek yeme sırasında ve ısı değişikliklerinde hassasiyet
- Kanal tedavisi bittikten sonra, başarısız olması durumunda; kanal tedavisinin yenilenmesi, kök ucu cerrahisi ve nihayetinde diş çekimi gerekmesi.
- Vücudun savunma mekanizması, kök kanalı ve periapikal dokulardaki mikroorganizmaların varlığı gibi sebeplerden dolayı ilgili dişteki belirtilerin tekrar etmesi buna bağlı olarak kök kanal tedavisinin yenilenmesi veya cerrahi işlemin gerekebilmesi olabilir.
- Kullanılan ilaçlara bağlı alerjik reaksiyonlar gelişebilir, Diş etinde ve ağızda nekroz veya yanık oluşabilir.
- Diş rengi değişebilir. Süt dişi kanal dolgusu sırasında alttaki daimi diş germine kanal aletinin değmesi mümkündür. Bu durum daimi diş germinin hasar görmesine sebep olarak daimi diş yüzeyinde renk değişikliği ve yüzey pürüzlülüğü meydana gelebilir.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

- Çocuk diş hekimliği uygulamaları, işleme ve dişlerin durumuna bağlı olarak süreler değişmektedir, ortalama işlem süresi, **tek seans ortalama 30 dk -1 saattir.**

Doküman Kodu:	HD.RB.47	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:

- 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 yanığın iç kısmı uyuşturulur.
- Bölge uyuşturduğunda 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, anti-enflamatuar 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 anestetik maddeler kullanılır.
- Operasyondan sonra ağrı kesici reçete edilebilir. Hekiminizin kullanmanızı önereceği ilaçların bazı yan etkileri olacaktır. Bu yan etkilere bulantı, kusma, halsizlik ve uyku hali, anafloktoid reaksiyonlar gibi durumlar da dâhildir.

HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- İşlem 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 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 içilmemelidir, Soğuk sıcak içecek ve yiyeceklere karşı bir dönem hassasiyet olabilir.
- Ağrı şikâyetiniz sürekli olursa lütfen hekiminizle irtibatla bulununuz.

UYULMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

- Uyulması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında doktorunuz bilgilendirme yapacaktır.
- İşlem sonrası 2 saat hiçbir şey yenilip içilmemelidir yumuşak ve ılık yiyecek ve içecekler alınmalıdır,
- Doktorunuzun önerilerine (egzersiz, beslenme programı vb.) uyunuz ve eğer varsa sizden istenen tarihteki poliklinik kontrolünüzü ihmal etmeyiniz. Lokal anestezi maddeler dolgu 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.
- İşlem sonrası, enfeksiyonlar dan korunması için ağız temizliğine (diş fırçalama, diş ipi kullanma vb.) dikkat edilmeli ve **ilk gün diş fırçalanmamalıdır.**

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.47	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi: 05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	4 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	-------------------------	---	----------	----	-----------	-------

- 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

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 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.