

Doküman Kodu:	HD.RB.48	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 sahiptir. 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:

- FONKSİYONEL ÇENE ORTOPEDİSİ;** Dişleri çekmeden **caprasık dişleri tedavi etmeyi ve çene düzeltmeyi** amaçlamaktadır. Zaten mevcut olan bu büyüme gelişim paternini kullanarak mevcut **ortodontik anomalileri tedavi eden, oluşmasını ya da şiddetlenmesini engelleyen** bir ORTODONTİK TEDAVİ yöntemidir.
- Büyüme gelişim döneminde her organda olduğu gibi ağız diş çene sistemini oluşturan kas iskelet dokusu da hem hacimsel olarak hem boyut olarak uzayın tüm yönlerinde hem gelişir hem büyür. Çenenin doğru pozisyonda ve boyutta olmasını sağlayarak büyüyen çocuklar için sağlık açısından faydalar yaratabilir
- Tedavi planı yapılırken, **hastanın büyüme yönü belirlenir ve tedavi planına göre hangi aparey veya apareylerden faydalanacağına** karar verilir. Daha sonra, bu karar hastanın kendisi ve velisi ile paylaşılır. Hekim ve ailenin birlikte yaptıkları görüşme neticesinde kullanılacak olan fonksiyonel aparey tipi belirlenir.
- Fonksiyonel apareyler, hareketli ve sabit olarak ikiye ayrılırlar.
- HAREKETLİ APAREYLER;** Ağız içinden ve/veya ağız dışından uygulanır. Hareketli ortodonti tedavilerin dezavantajı, tedavi başarısının hasta uyumuna bağlı olmasıdır. Hareketli fonksiyonel apareyler hekiminizin tavsiyesi doğrultusunda kullanılırsa başarılı sonuçlar verir. Hareketli apareylerin, sabit olanlara karşı en büyük avantajı ise, ağız ve aparey temizliğinin daha rahat yapılabilmesidir. Ayrıca, hasta tarafından çıkartılabilen bu apareyler, apareyin kullanılmadığı zaman dilimlerinde iyi saklanmalı ve kaybedilmemelidir.
- SABİT FONKSİYONEL AYGITLAR** ise ağız içinden uygulanırlar ve hasta tarafından çıkartılamazlar. Dolayısıyla, sabit fonksiyonel apareylerle yapılan fonksiyonel çene ortopedisinde minimum hasta uyumuna ihtiyaç vardır. Apareylerin ve ağzın temizliği iyi yapılmalı, sabit olan ağız içi aygıtların kırılmamasına özen gösterilmelidir. Aksi takdirde, tedavi ile elde edilmesi planlanan etkiler gerçekleşmeyecektir.
- Fonksiyonel çene ortopedisi, gerektiren iskeletsel anomaliler ilerde **kısa sürelide olsa sabit diş teli tedavisi** gerektireceği için ortodonti uzmanlarınca takip edilir.
- Gelişim ve büyüme yönlendirmesi konusunda ortodonti tedavi planlaması oldukça önemli bir ayrıntıdır.
- Planlamanın ilk aşamasında hastanın büyüme yönünün doğru olarak belirlenmesinin yanı sıra hangi apareylerin kullanılacağına da doğru karar verilmesi gerekmektedir. Hekiminiz önerisi ile karar verilen Ortopedik apereyler (monoblock, herbs, frankle vb) probleme göre, çocuğun çenesine sabitlenir, böylece zorlanarak oluşturulan bu kas ve lif kuvveti çeneyi yeni pozisyonda zamanla stabil tutar ve tüm dokular buna göre şekillenir.
- Fonksiyonel çene ortopedisinde büyüme ve gelişimin tam olarak anlaşılması gereklidir.**
- Fonksiyonel ortopedik tedaviye, buluş çağı gelişimine başlamamış, başlamak üzere olan çocuklarda en iyi cevap ve kısa sürede sonuç almak mümkün olabilmektedir. **Cene gelişimi %90 civarında 9 (dokuz) yaşına kadar tamamlanmaktadır. Bu nedenle 3 yaşından itibaren kontrol ettirmekte yarar vardır.**

Doküman Kodu:	HD.RB.48	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	-	Rev. No:	01	Sayfa No:	2 / 4
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	---	----------	----	-----------	-------

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR:

- Fonksiyonel Çene Ortopedisi tedavisi, çocuğun nefes alma yöntemine, damaklarının boyutuna ve genel yüz dengesine odaklanarak dişlerin çıkarılmasını önlemeye çalışır.
- Alışkanlıkları Bozma** – Bu alışkanlıklar arasında parmak emme, dil itme ve çapraz kapanışları düzeltme sayılabilir. Bu semptomları erken tedavi ederek, çocuğun gelişimindeki ilerlemeyi teşhis edip analiz ettiğimiz **7 (yedi) yaşına** kadar normal yüz büyümesinin gelişmeye devam etmesine izin verebiliriz.
- Büyüme Yönlendirmek** – İkinci aşama, çene kemiğinin ve dişlerin büyümesini daha uygun pozisyonlara yönlendirmek için çalışır. Bu adımı yaklaşık **7 (yedi) ila 9 (dokuz) yaşlarında** uyguluyoruz ve dar üst çene ve çarpık dişler gibi anormal gelişim sorunları ararız.
- Dişleri Hareket Ettirme** – Son aşama, dişler çıktıktan sonra dişleri hareket ettirmeye odaklanır. Bu aşama, birçok kişinin ortodonti ile ilişkilendireceği şeydir ve genellikle **diş telleri, hizalayıcılar ve güçlendiriciler** gibi uygulamalar yoluyla dişlerin hareketini içerir.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

- Ağız solunumu sorunları,
- Uzun süreli emzik ve biberon kullanımını
- Parmak emme, dudak ısırma gibi zararlı alışkanlıkların devamı,
- Düşme ve çarpma gibi travmalara bağlı anomiler
- Kas fonksiyonlarında anormallik
- Çene darlığı, Eklem problemleri,
- Kapanış problemleri,
- Dişlerin bazılarının erken teması ve çenenin kayarak kapatılabilmesi

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

- İşlemin alternatifi bulunmamaktadır.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

- Çocuk hasta diş tedavisi süresince kafasını, el ve/veya ayaklarını hareket ettirerek diş tedavisinin güvenli şekilde yapılmasını engelleyebilir.
- İşlem esnasında, 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 iletişim 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.

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.**

KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

- Çiğneme, dil dudak kaslarının fonksiyonlarını etkilediği için hastada rahatsızlık hissi, ağrı hissi verebilir.
- Apereyler ilk kullanımlarında rahatsızlık verebilir.
- Hareketli apereyler hekimin önerdiği zaman diliminde düzenli takılmalıdır.
- Sabit apereylerde herhangi bir sorununuz olursa Hekiminiz ile mutlaka görüşmeniz gerekmektedir.

Doküman Kodu:	HD.RB.48	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:

- Ağız temizliği bakımına dikkat etmek gerekir.
- Hareketli apareylerin, sabit olanlara karşı en büyük avantajı ise, ağız ve aparey temizliğinin daha rahat yapılabilmesidir. Ayrıca, hasta tarafından çıkartılabilen bu apareyler, apareyin kullanılmadığı zaman dilimlerinde iyi saklanmalı ve kaybedilmemelidir.
- Sabit Apareylerin ve ağızın temizliği iyi yapılmalı, sabit olan ağız içi aygıtların kırılmamasına özen gösterilmelidir. Aksi takdirde, tedavi ile elde edilmesi planlanan etkiler gerçekleşmeyecektir.
- Beslenmede ağızda apareyler var iken sert yiyeceklerden kaçınılması gereklidir.
- Ağrı şikâyetiniz sürekli olursa lütfen hekiminizle irtibatta bulununuz.
- Hasta tarafından çıkartılabilen hareketli apareyler, apareyin kullanılmadığı zaman dilimlerinde iyi saklanmalı ve kaybedilmemelidir. Sorumluluk hastaya aittir.

UYMASI GEREKEN HUSUSLARA DİKKAT ETMEMESİ DURMUNDA YASANABİLECEK SORUNLAR:

- Apareylerin ağızınızda iken kullanımına dikkat etmediğinizde kırılma imkanı mevcut olup sorumluluğu hastaya aittir.
- Uyulması gereken hususlara dikkat etmemeniz durumunda yaşayabileceğiniz sorunlar hakkında doktorunuz bilgilendirme yapacaktır.

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.48	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

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.