|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Amaç:** Bu onam formu, uygulanacak tüm işlemler sırasında karşılaşılması muhtemel yan etkiler hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmenizi sağlamak, bunları bilerek muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi onaylamak amacıyla size imzalatılmaktadır.  **Kapsam:** Bu onam formunun kapsamı dahilinde tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker, tansiyon vb.) varsa bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi), kullandığı ilaçları, geçirdiği ameliyatları, alerjilerini, varsa radyoterapi gördüğünü, varsa gebelik durumunu hekimiyle paylaşılması gereklidir. Hekim gerekli gördüğü taktirde diğer branşlardan konsültasyon isteme hakkına sahiptir. Diş tedaviniz sürerken ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Değişiklikler söz konusu olduğunda tarafımızca bilgilendirmeniz sağlanacaktır.  Tıbbi uygulama gereğince yapılmış olması hali dahil, uygulanan tedavilerle ilgili tam bir memnuniyet sözü veya garanti verilmemiştir. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma ihtiyaç duymanız durumunda kliniğimiz hasta kabul birimine başvurmanız halinde gerekli yönlendirme yapılacaktır.  **Kısaltmalar**:  **Tanımlar:** Kök kanal tedavisinin ardından dişlerde renk değişikliği olabilir ve dişlere ağartıcı ajan uygulanarak dişler eski haline ya da eski haline yakın bir renge getirilmesi için uygulanan ağartma işlemi devital ağartma olarak tanımlanır.  **Sorumlular:** Tedaviyi yapan öğretim üyesi, uzman hekim ve uzmanlık/doktora öğrencisi  **Faaliyet akışı:**  Kanal tedavisi sonucu renklenme olan dişe birkaç seans ağartma ajanı uygulanır.  **İşlemin Kimin Tarafından Yapılacağı:** Uygulama diş hekimi tarafından Endodonti Anabilim Dalı kliniğinde yapılacaktır.  **İşlemden Beklenen Faydalar:** Diş renginin eski haline veya ona yakın duruma getirilerek görünümün düzeltilmesidir.  **İşlem Gerektiği Durumlarda Tedavi Yapılmadığı Takdirde:** Mevcut renklenme kalır ya da renklenme artabilir.  **İşlemin Uygulanmaması Durumunda (Reddetme) Karşılaşabilecek Sonuçlar:** Mevcut renklenme kalır ya da renklenme artabilir.  **İşlem Riskleri Ve Komplikasyonları:** Renklenmenin şiddetine göre tedaviye geç cevap alınabilir. Tedavi edilen dişlerde servikal rezorpsiyon gibi patolojiler meydana gelebilir, bu durumda gerekli görülen tedavi uygulanır ve ileriki durumlarda dişin çekimi bile gerekebilir. Tedavi esnasında ajanın yumuşak dokularla teması sonucunda dokularda ağrı, alerjik reaksiyon ve hassasiyet, geçici renk değişikliği meydana gelebilir. Ağartma ajanları ağırlıklı olarak hidrojen peroksit ve karbamid peroksit içermektedir. Bu madde hastada alerjik reaksiyonlara sebep olabilir. Alerjik reaksiyonlar sonucu ileri tıbbi müdahale, medikasyon ya da hastane şartları gerekli olabilir.  **İşlemin Alternatifi:** Restoratif ve protetik tedavilerdir.  **İşlemin Tahmini Süresi:** Yaklaşık olarak 1 saattir. İşlem birkaç seans sürmektedir.  **Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Ağartma ajanları, tamponlayıcı ilaçlar, dolgu maddeleri, diş eti koruyucu ve rubber dam (lastik örtü) kullanılmaktadır.  **Sağlığınız İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Hasta ağız bakımına özen göstermelidir. İşlem sonrasında ilk 14 günlük süre boyunca renklendirici özelliği olan gıdalar tüketilmesi önerilmez.  **Gerektiğinde Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği:** Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. Kurumumuzdan ayrıldıktan sonra herhangi bir komplikasyonla (ağrı ve şişlik vb.) karşılaşırsanız, kendi klinik hekiminize ya da anabilim dalımız hasta kabul birimine başvurabilirsiniz.  **TEŞHİS VE PLANLANAN TEDAVİLER**   |  |  | | --- | --- | | 55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65 | | 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 | | 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 | | 85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75 |   **Anamnez**   1. Daha önce diş hekiminize gittiniz mi?   Evet ( ) Hayır ( )   1. Daha önceki diş tedavilerinizde herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştınız mı?   Evet ( ) Hayır ( )   1. Daha önce herhangi bir kronik ( uzun süredir devam eden ) hastalığınız var mı?   ( ) Kalp Hastalığı ( ) Diabet (Şeker Hastalığı)  ( ) Hiper Tansiyon(yüksek tansiyon) ( ) Epilepsi(sara hastalılğı )  ( ) Kanama Problemi ( ) Alerji  ( ) Böbrek veya Karaciğer Hastalığı ( ) Astım  ( ) Hepatit A-B-C vb. Viral Hastalık ( ) Tiroid (Guatr) ( ) Diğer  Ben tedavimi yapacak hekime kendi genel sağlığım, kullandığım ilaçlar ve özel durumlarım hakkında tam ve doğru bilgiler verdiğimi, bahsi geçen tedaviler için oluşabilecek muhtemel yan etkiler hakkında detaylı bir şekilde bilgilendirildiğimi ve bu tedaviyi reddetmem durumunda karşılaşabileceğim tıbbi sorunların detaylı olarak anlatıldığını ifade ederim. Tüm bu şartlar altında doktorum tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyor ve onaylıyorum. Yukarıda bahsedilen diş tedavisini durdurma veya reddetme hakkım olduğunu da bilerek tüm bu şartlar altında tedavimin Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Endodonti Anabilim Dalı kliniklerinde yapılmasını kabul ediyorum.  Yukarıda yazılanları okuduğumu, bilgilendirmenin tarafıma makul bir süre verilerek yapıldığını, onam formunun bir nüshasının tarafıma verildiğini, komplikasyonlar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı, kabul ediyor ve doktorum tarafından tıbben gerekli görüldüğü taktirde ek girişimde bulunulmasını ya da konsültasyon amaçlı olarak gerektiğinde bilgilerimin başka bir hekimle paylaşılmasını onaylıyorum. HASTA SİZ İSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN BOŞLUĞA KENDİ EL YAZINIZ İLE OKUYUP ANLADIĞINIZI VE BİR NÜSHASINI ELDEN ALDIĞINIZI YAZINIZ. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. HASTANIN YASAL VASİSİ İSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN BOŞLUĞU KENDİ EL YAZINIZ İLE VEKİLİ OLDUĞUNUZ HASTA ADINA OKUYUP ANLADIĞINIZI VE BİR NÜSHASINI ELDEN ALDIĞINIZI YAZINIZ. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Hasta; | Bilgilendirmeyi yapan  hekim; | Hastanın yasal temsilcisi; | Şahit/Tercüman; | | Adı Soyadı: | Adı Soyadı: | Adı Soyadı: | Adı Soyadı: | | Tarih: …./…./20.. | Girişimsel işlem saati: | Yakınlık derecesi: | İmza: | | İmza: | İmza: | İmza: |  | |