|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:** Önceki kök kanal tedavisi sonucunda hastalığın tekrarladığı veya iyileşmenin olmadığına karar verildiğinde kanal dolgusunun sökülüp yeniden yapılmasına tekrarlayan kök kanal tedavisi (retreatment) denir. **Sorumlular:** Tedaviyi yapan öğretim üyesi, uzman hekim ve uzmanlık/doktora öğrencisi **Faaliyet akışı:** İlk kanal tedavisi sonrası hastalığın tekrarlaması durumunda ve dişin durumu uygunsa retreatment uygulanır.**İşlemin Kimin Tarafından Yapılacağı:** Uygulama diş hekimi tarafından Endodonti Anabilim Dalı kliniğinde yapılacaktır.**İşlemden Beklenen Faydalar:** Hastalık durumu ortadan kaldırarak dişin ağızda kalma süresini artırmaktır. **İşlem Gerektiği Durumlarda Tedavi Yapılmadığı Takdirde:** Hastalık devam eder.**İşlemin Uygulanmaması Durumunda (Reddetme) Karşılaşabilecek Sonuçlar:** Mevcut semptomlar devam eder. Tedavi edilemez duruma gelirse diş çekilebilir. **İşlem Riskleri Ve Komplikasyonları:** Kök kanal tedavisinde karşılaşılabilecek tüm komplikasyonlar retreatment tedavisi içinde geçerlidir ve ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir. İşlem sonrası ilgili dişte dokunmaya ve çiğnemeye karşı hassasiyet olabilir bu süre 1 haftada ya da uzun olabilir. Süresi kişiden kişiye değişebilir. İşlem sonrası hafif/şiddetli ağrı ve şişlik ortaya çıkabilir. İşlem sırasında kullanılan metal aletler kök kanalı içinde kırılabilir. Bu komplikasyonda dişin durumu uygunsa kök kanal tedavisi tamamlanıp ilgili dişin takibi yapılır veya dişe apikal cerrahi uygulamaları yapılabilir, dişin durumu uygun değilse çekimi gerekebilir. İşlem sırasında, ara seanslar arasında veya tedavinin tamamlanmasından sonra diş kırılabilir ya da geçici dolgu düşebilir. Özellikle ön bölge dişlerde kök kanal tedavisi sonrasında renklenme meydana gelebilir. Dişin anatomik durumu işlem süresini uzatabilir ve seans sayısını artırabilir ya da dişin çekimini gerektirebilir. Kök kanal tedavisinin uzun bir tedavi olmasından veya hastanın daha önceden var olan eklem problemlerinden kaynaklı ağız açıklığının kısıtlanması, çene kapanışında değişiklikler, çene kaslarında kramp ve spazm, çene ekleminde rahatsızlık oluşabilir. İlgili dişin tedavisi sonucunda hastanın kron ve köprü protezlerinin yenilenmesi gerekebilir. İlgili dişin anatomik yakınlıkları nedeniyle kulağa, boyuna ve başa yansıyan ağrı; iyileşmede gecikme; sinüs rahatsızlıkları; nedeniyle ileri tıbbi tedaviler gerekebilir. Kök kanal tedavisi sırasında kullanılan küçük metal kanal aletleri yutulabilir veya soluk borusuna kaçabilir. Kanal dolgu maddelerinin ve yıkama solüsyonlarının dişin kök ucundan taşması sonucu; yumuşak ve kemik dokuda, sinirlerde hasarlar meydana gelebilir. Yıkama solüsyonlarının çevre dokulara ve ağız içine teması nedeniyle ağız içinde yanma, kızarıklıkların oluşması veya kalıcı hasarlar oluşması görülebilir. Sivri ve keskin aletlerle çalışılması sırasında hastanın ani hareketleri soncunda yumuşak doku yaralanmaları oluşabilir.Kullanılan anestezik ve yıkama solüsyonlarına, kök kanal tedavisi sırasında kullanılan lastik örtüye (rubber-dam), kök kanal dolgu patı ve kor materyallerine, tekrarlayan kök kanal tedavilerinde kullanılan dolgu yumuşatıcı solüsyonlara ya da simanlara (dolgu maddelerine) karşı alerjik reaksiyonlar ortaya çıkabilir. Bu durumda ileri tıbbi müdahale, medikasyon ya da hastane şartları gerekli olabilir. **İşlemin Alternatifi:** Dişin çekimidir.**İşlemin Tahmini Süresi:** Yaklaşık olarak 1-3 saattir. İşlem dişin durumuna göre birkaç seans sürmektedir.**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Anestezik ve yıkama solüsyonları, kök kanal tedavisi sırasında kullanılan lastik örtü (rubber-dam), kök kanal dolgu patı ve kor materyalleri, tekrarlayan kök kanal tedavilerinde kullanılan dolgu yumuşatıcı solüsyonlar ve simanlar (dolgu maddelerine)kullanılmaktadır. **Sağlığınız İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Ara seanslarda veya işlem tamamladıktan sonra yerleştirilen geçici dolgunun düşmemesi için ilgili dişe fazla kuvvet uygulanmamalıdır.**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) ( ) DiğerBen 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 BOŞLUĞA 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 |  |

 |