|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 için size imzalatılmaktadır.  Bu tedavinin 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 paylaşması zorunludur. 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.  **Sorumlular** : Tedavin yapıldığı gün klinik nöbetçisi olan öğretim üyesi  Tedaviyi yapan araştırma görevlisi  **Tedavi hakkında genel bilgi** \*İşlemin yapılacağı yer: Klinik **\*Dolgu tedavisi gerektiği durumlarda tedavi yapılmadığı takdirde :** Fokal enfeksiyon kaynağı olan diş ağızda bulunduğu sürece tüm organlara enfeksiyon riski oluşturmaktadır. Ağrı varsa devam eder, tedavi edilmediği taktirde dişe kanal tedavisi yapılması veya çekilmesi gerekebilir.  **\*İşlem riskleri ve komplikasyonları:** Diş perfore olabilir. Kanal tedavisi ya da dişin çekimi gerekebilir. Lokal anestezi komplikasyonları oluşabilir. Dolgudan sonra soğuk sıcak hassasiyeti olabilmektedir.  Birkaç ay ya da daha kısa sürede bu şikayet azalabilir ya da artabilir. Bu durumda kanal tedavisi yapılır. Çürüğün büyüklüğüne bağlı olarak dişte kırılma, dolguda düşme, ağrı olabilir. **Tüm işlemler sırasında kullanılan dönen kesici ve delici aletler nedeniyle dilde, yanakta, dişetlerinde, ağız tabanında, dudakta, yumuşak damakta ve boğazda yaralanmalar meydana gelebilir. Ağız içinde kullanılan aletler ve malzemeler yutulabilir, hava yoluna kaçabilir.**  **\*İşlemin tahmini süresi:** Dolgu süresi hangi diş olduğuna göre o esnada hekim tarafından belirlenir. Ortalama süre 30 dk.’dır.  **\*İşlemin alternatifi:** Kanal tedavisi ya da kron kaplama yapılabilir. Kanal tedavisinin ve kron kaplama ile estetik ve fonksiyonlar geri kazandırılabilir. Ancak bu yöntemde dişteki madde kaybının daha fazla olması riski vardır.  **\*İşlemden beklenen faydalar:** Estetik ve fonksiyonun geri kazandırılması.  **\*İşlemin uygulanmaması durumunda (reddetme) karşılaşabilecek sonuçlar:** Gereken dişlere dolgu yapılmazsa ilerleyen zamanda dişin çürüğü de ilerleyeceğinden dişte kırılma, canlı dokunun etkilenmesi, nekroz (dişin ölümü) ve apse oluşabileceği bilinmelidir. Kanal tedavisi veya dişin çekimi gerekebilir.  **\*Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri:** Dolgu işleminde çürüğün derinliğine göre diş hekimi tarafından ilaç uygulanması kararı verilebilir. Her dolgu işleminde ilaç uygulanmayabilir. Eğer ilaç uygulanacak ise diş hekiminiz sizi ayrıca bilgilendirip onayınızı alacaktır. Diş hekimliğinde dolgu esnasında lokal anestezi dışında herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır. Tedavi işlemlerinde çeşitli dolgu maddeleri kullanılmaktadır (çinko fosfat siman, amalgam dolgu, kompozit dolgu, bonding, öjenol kalsiyum hidroksit vb.). \*Sağlığınız için kritik olan yaşam tarzı önerileri **\*Restorasyondan sonra:** 24 saat kırılmaları engellemek için dolgunun üzerine çiğneme yapılmamalı, çok soğuk, çok sıcakyiyecek, içecek alınmamalıdır.  Yeni yapılan dolgularda yaklaşık 2 hafta-2 ay hassasiyet olabilir. Hassasiyetin geçmesi durumunda alternatif tedaviler uygulanabilir. Dil, el veya yabancı cisimlerle dolgu kurcalanmamalıdır.  Ağız hijyenine dikkat edilmeli, dişler fırçalanmalıdır.  Ön diş ışınlı dolgular dikkatli kullanılmalıdır, sert şeyler ısırılmamalıdır. Amalgam dolgulardan sonra dolgunun sertleşmesi için 2 saat hiçbir şey yenilip içilmemelidir.  **\*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 (dolgu yapılan dişte şiddetli ağrı, uzun süren soğuk sıcak hassasiyeti, dolguda düşme/kırılma 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 ( ) 2. 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 ( ) Epilepsi  ( ) 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 Restoratif Diş Tedavisi 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 |  | |