|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:** Tekrarlayan kanal tedavisinden yeterli sonuç alınamadığı durumlarda ilgili dişin daha uzun süre fonksiyonda kalması amacıyla kanal tedavisini takiben kök uçlarının uzaklaştırılmasıdır. **Sorumlular:** Tedaviyi yapan öğretim üyesi, uzman hekim ve uzmanlık/doktora öğrencisi **Faaliyet akışı:** Kanal tedavisiyle sonuç alınamadığında uygun durumlarda alternatif bir tedavi olarak uygulanır.**İşlemin Kimin Tarafından Yapılacağı:** Uygulama diş hekimi tarafından Endodonti Anabilim Dalı kliniğinde Yapılacaktır.**İşlemden Beklenen Faydalar:** Hastanın şikayetlerini ortadan kaldırarak dişin ağızda kalma süresini artırmaktır. **İşlem Gerektiği Durumlarda Tedavi Yapılmadığı Takdirde:** Hastanın şikayetleri devam eder.**İşlemin Uygulanmaması Durumunda (Reddetme) Karşılaşabilecek Sonuçlar:** Hastanın şikayetleri devam eder.**İşlem Riskleri Ve Komplikasyonları:** operasyon bölgesinde şişlik, ağrı ve ciltte renk değişikliği olabilir. Dişteki kemik kaybına bağlı olarak dişe aşırı kuvvet uygulamaları sonucu dişin çene içerisindeki pozisyonu değişebilir. Dişte sallanma başlayabilir veya artabilir. Başarılı kanal tedavisi ve apikal rezeksiyon uygulamasına rağmen dişte tekrarlayan enfeksiyon oluşabilir İlgili diş ve diş etide operasyon sonrası renk değişikliği olabilir. İlgili diş ve yakın komşuluktaki dişlerin çevresinde dişeti çekilmesi olabilir. Operasyon sonrası ilgili dişin anatomik komşuluklarına bağlı olarak geçici ya da kalıcı duyu kaybı, uyuşukluk olabilir. Operasyon sırasında kullanılan anestezik solüzyon, dolgu materyalleri ve kök ucu tıkama materyallerine vb. karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Bu durumda ileri tıbbi müdahale, medikasyon ya da hastane şartları gerekli olabilir. **İşlemin Alternatifi:** Dişin çekimidir.**İşlemin Tahmini Süresi:** Yaklaşık olarak 1-3 saattir. **Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Anestezik solüsyon, dolgu maddeleri, ve kök ucu tıkama materyalleri kullanılmaktadır. **Sağlığınız İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** İlgili bölgeye uygulanan suturların temzi bakılması uygun zamanda doktor tarafından alınması gereklidir buna uyulmadığı takdirde bölgede iltihabi cevap oluşabilir. Ağız hijyenine dikkat edilmeli, işlem sonrası dişe aşırı kuvvetler 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, şişlik ve morarma 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 hastalığı )( ) 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 Ana Bilim 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 takdirde 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 |  |

 |