|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sayın hasta / vekili yasal temsilcisi;** Bu “Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu” Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Röntgen biriminde radyolojik incelemesi yapılacak hastalarımız için hazırlanmıştır. Aşağıdaki açıklamaları dikkatlice okuyunuz. Hastalığınız ve hastalığınızın tanı ve tedavisi için size önerilen işlem ve tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu formda sizin tıbbi ve diş tedavileri ile ilgili hikayeniz ve bazı kişisel bilgiler istenecektir. Hastalarımızın mevcut sistemik hastalıkları, kullandığı ilaçları ve genel sağlık durumlarıyla ilgili olarak hekimlerini bilgilendirmeleri gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış̧ olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır. Tıbbı tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek veya vermemek sizin kararınıza bağlıdır. Yasal ve Tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.Röntgen biriminde uygulanacak işlemler hakkında aşağıdaki açıklamaları okuyunuz.**BİLGİLENDİRME:*****Radyograf Çekimi*** Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için radyograf çekilmesi gerekebilir. İstenecek röntgen tetkiki ve adedini hekiminiz belirler. Röntgen çekiminde kullanılan X-ışını canlı doku için zararlıdır. Bu nedenle hekiminiz sizin tanınız, tedavi planlamanız, tedavi aşamalarınızın takibi ve kontrol amacı ile gereken en az sayıda röntgen isteyecektir.*Radyolojik tetkikten beklenenler*:Radyolojik değerlendirmede amaç gözle görülemeyen diş ve/veya kemik ve/veya yumuşak doku içerisindeki patoloji ve hastalıkların teşhis edilmesidir. Diş, çene ve yüz bölgenizden istenecek görüntüleme tetkikleri genel ya da ağız sağlığınızı etkileyecek durumların tanısı, tedavi planlaması ve tedavi aşamalarının takibi için gereklidir. Kliniğimizde X-ışını kullanılarak dijital periapikal, okluzal, bitewing, panoramik, eklem, çene, kafa röntgenleri ve dental tomografi çekilmektedir. *Radyolojik tetkik yapılmazsa:* Patoloji ve nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir, tedavinin başarısı değerlendirilemez. *Olası riskler:* Röntgen çekiminde kullanılan x-ışını canlı doku için zararlıdır. Röntgen çekimi sırasında bulantı ve bazen kusma oluşabilir. İşlem sırasında hareketsiz kalınması gereklidir. Hareket edilirse ya da film kaydırılırsa, filmin kötü çıkması ve tekrar çekilmesi durumu söz konusu olabilir.Çekim esnasında hastalara koruyucu ekipmanlar (kurşun önlük, boyunluk vs.) kullanılarak çekim gerçekleştirilir. Röntgen çekimi öncesi hasta ağız içerisindeki çıkartılabilen protezleri (takma dişleri) çıkarmalıdır. Periapikal radyografi çekimi 1-2sn ve Panoramik röntgen çekimi 10-15sn sürmektedir Ağız içi röntgen çekimi sırasında röntgen filmi ağız içerisine yerleştirilerek işlem gerçekleştirilir ve hastanın bulantı refleksi oluşursa ağzın soğuk su ile çalkalanması, lokal anestezik sprey uygulaması gibi önlemler alınabilir.**Dental Tomografi (Konik Işınlı Bilgisayarlı Tomografi)**  **UYGULANACAK** Konik Işınlı Bilgisayarlı Tomografi x-ışını kullanılarak baş-boyun bölgesinin Üç boyutlu olarak görüntülenmesine yönelik radyolojik yöntemdir. Bu yöntem ile iki boyutta görüntülemenin yetersiz kaldığı durumlarda, üç boyutlu görüntüleme sağlanabilmektedir. Tomografi çekimi öncesi hasta baş ve boyun bölgesindeki bütün metal eşyalarını, (küpe, toka, kolye, gözlük, piercing, hareketli protez, işitme cihazı vb.) çıkarmalıdır. Tomografi çekimi sırasında hasta ayakta durarak konumlandırılır. Çekim süresince hasta sabit durmalıdır. Tomografi çekim süresi 12-27 saniye arasında değişmektedir. *Konik ışınlı bilgisayarlı tomografi tetkikinden beklenenler*: Tetkiki yapılan dokunun kesitsel ve üç boyutlu görüntüsünün elde edilmesi, Özellikle kemikler ve çevredeki sert dokuların yerleşimini oldukça net gösterir. Kist ve tümörlerin ayırıcı tanısında yardımcı olarak hastalıkların daha iyi değerlendirilmesini sağlar. Direkt grafilerden çok daha ayrıntılı görüntüler oluşturur. *Olası riskler:* Röntgen çekiminde kullanılan x-ışını canlı doku için zararlıdır. Bu nedenle hekiminiz sizin için gereken en az sayıda röntgen isteyecektir. İşlem sırasında hareketsiz kalınması gereklidir. Hareket edilirse filmin kötü çıkması ve tekrar çekilmesi durumu söz konusu olabilir.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Hamilelik durumu*** | Hamile iseniz veya hamilelik şüpheniz varsa hekiminize ve röntgen görevlilerine bildirmek sizin yükümlülüğünüzdedir.Hastaya olası zararları önlemek için kurşun içerikli malzemeden yapılmış tiroit koruyucu ve karın kısmını da örten kurşun önlük giydirilerek hamile hastalardan zorunlu oldukça ve sınırlı sayıda röntgen alınabilir. |

**ONAY*** Yukarıda yazılı olan röntgen işlemlerin Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi hekimlerinin, Öğretim elemanları denetiminde stajyer öğrencilerin, dental teknisyen ve röntgen teknisyenlerinin röntgen çekebilmesine onay veriyorum.
* Herhangi bir sistemik hastalığım mevcutsa bunu hekimime bildireceğimi ve hekimimin bu konuda yapacağı konsültasyon işlemlerini kabul ediyorum.
* Benimle ilgili olan tedavilerin uygulanmasını, tedavi sırasında ya da sonrasında olabilecek tüm komplikasyonların bilincinde ve benim sorumluluğumda olduğunu kabul ediyorum.
* Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, radyolojik görüntülerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb.) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceğini kabul ediyorum.
* Klinik ve radyolojik değerlendirme sonucu tanınız konulur ve ilgili kliniklere sevk edilirsiniz. Radyografi alınmasını kabul etmeme hakkımın olduğunu biliyorum. Bu durumda tam bir teşhis konulamayacağını, bu durumdan hekimimi sorumlu tutmayacağımı anlıyor ve kabul ediyorum.

(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA ‘**Bu Onam Formunu, Okudum, Anladım ve Kabul ediyorum’** YAZARAK İMZALAYINIZ)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ADI-SOYADI** | **TARİH VE SAAT** |  **İMZA** |
| **Hastanın veya****Hastanın Yasal Temsilcisi-Yakınlık Derecesi\*** |  |  |  |
| **İşlemin Uygulayacak Hekim** **(UNVAN ile birlikte)** |  |  |  |
| **Tercüman (Kullanılması Halinde)** |  |  |  |

Hastanın 18 yaşın altında olması durumunda Hasta Onam Formunu annesi/babası ya da yasal temsilcisi imzalamak zorundadır. **Acil Durum Varlığında Temasa Geçilecek Kişi: Telefon:** |