Diş Hekimliği Fakültesi	Dolgu Tedavileri Aydınlatılmış Rıza (Onam) Belgesi	Doküman Kodu	HD.RB.0012
		Yayın Tarihi	28.11.2023
	Restoratif Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı	Revizyon Tarihi	27.10.2026
		Revizyon No	01
		Sayfa No	1 / 5

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 belge, aşağıda belirtilen diş ve dolgu işlemi için geçerlidir. Sorularınızı sorabilir, açıklama ve karar vermek için süre isteyebilirsiniz.

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 veya emzirme durumunu hekimiyle paylaşması gereklidir. Kan sulandırıcılar dahil hiçbir ilacınızı hekiminize danışmadan kesmeyiniz. Eksik bilgi, ilaç etkileşimi ve alerji gibi risklerin önlenmesini güçleştirebilir. Hekim, gerekli gördüğü takdirde diğer branşlardan konsültasyon isteme hakkına sahiptir. Diş tedaviniz sürerken ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Plan değişikliği gerektiğinde yeni işlemin nedeni, yararları, riskleri ve alternatifleri açıklanacak; acil durumlar dışında kapsamı değiştiren ek işlemler için ayrıca onamınız alınacaktır. 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 : Tedavinin yapıldığı gün klinik nöbetçisi olan öğretim üyesi
Tedaviyi yapan araştırma görevlisi

*İşlemi uygulayacak hekimin adı soyadı ve unvanı: .....
Varsa gözetimden sorumlu öğretim üyesi: .....

Tedavi hakkında genel bilgi

***İşlemin yapılacağı yer:** Klinik

*Hastaya özgü tedavi planı: Hasta adı soyadı: .....
Dosya / kimlik no: ..... Tanı: .....
Tedavi edilecek diş numarası ve yüzeyi: .....
Planlanan işlem ve dolgu materyali: .....
Hastaya özgü riskler ve uygun alternatifler: .....

*İşlemin uygulanışı: Gerektiğinde lokal anestezi ile bölge uyuşturulur. Hasarlı dolgu ve gerekli görülen çürük dokular uzaklaştırılır. Derin çürüklerde dişin canlı dokusunu korumaya yönelik seçici temizleme veya aşamalı tedavi uygulanabilir. Diş tükürükten korunarak uygun materyalle onarılır; dolgu şekillendirilir ve kapanış kontrol edilir. Koruyucu ara materyal veya geçici dolgu gerekebilir.

***İşlemden beklenen faydalar:** Estetik ve fonksiyonun geri kazandırılması. Dişteki hasarın onarılması, uygun olgularda çürüğün ilerlemesinin kontrolü, çiğnemenin desteklenmesi ve besin birikiminin azaltılması amaçlanır. Sonuç ve dolgunun dayanma süresi; kalan diş dokusu,

ağız bakımı, beslenme ve diş sıkma gibi etkenlere bağlıdır.

***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. Enfeksiyon çevre dokulara yayılabilir; sonuçların ortaya çıkması ve ilerleme hızı dişin durumuna göre değişir.

***İşlemin alternatifi:** Dişin durumuna göre başlangıç lezyonlarında koruyucu uygulama ve izlem, sınırlı dolgu kusurlarında onarım, farklı dolgu materyalleri veya inley/onley gibi ağız dışında hazırlanan restorasyonlar değerlendirilebilir. Fazla doku kaybında kron kaplama düşünülebilir. Kanal tedavisi, dişin canlı dokusunun geri dönüşümsüz etkilendiği durumlarda gündeme gelir; her dolgunun doğrudan alternatifi değildir. Dişin korunamadığı olgularda çekim gerekebilir. Uygun seçeneklerin yararları, riskleri ve doku kaybı açısından farkları ayrıca açıklanır.

***İşlem riskleri ve komplikasyonları:** Özellikle derin çürüklerde dişin canlı dokusu açığa çıkabilir veya geri dönüşümsüz etkilenebilir. Canlı dokuyu koruyucu tedavi, kanal tedavisi ya da dişin korunamadığı durumlarda çekim gerekebilir. Lokal anestezi komplikasyonları oluşabilir. Dolgudan sonra soğuk sıcak hassasiyeti olabilmektedir.

Geçici hassasiyet görülebilir; devam eden, artan, kendiliğinden başlayan veya gece uyandıran ağrıda kontrol gerekir. Her hassasiyet kanal tedavisi gerektirmez; yapılacak işlem muayene ile belirlenir. Çürüğün büyüklüğüne bağlı olarak dişte kırılma, dolguda düşme, ağrı olabilir. Dolguda renklenme, kenar uyumunun bozulması veya yeniden çürük gelişebilir; onarım ya da yenileme gerekebilir. Dolgunun yüksek kalması kapanış rahatsızlığına yol açabilir ve düzeltme gerektirebilir. **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; acil değerlendirme ve ek müdahale gerekebilir. Ağzın uzun süre açık tutulmasına bağlı çene kası veya eklem rahatsızlığı olabilir.**

***İşlemin tahmini süresi:** Dolgu süresi hangi diş olduğuna göre o esnada hekim tarafından belirlenir. Ortalama süre 30 dk.'dır. Süre; diş sayısı, çürüğün derinliği, materyal ve hastanın gereksinimlerine göre değişebilir; birden fazla seans gerekebilir. Hastaya özgü tahmini süre: ..... dakika; seans sayısı: .....

***Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar:** Dolgu sırasında gerektiğinde lokal anestezi uygulanır. Enjeksiyon yerinde ağrı, kanama veya morarma; geçici uyuşukluk ve nadiren uzamış duyu değişikliği olabilir. Kaygıya bağlı baş dönmesi veya bayılma; bazı anesteziklerdeki damar daraltıcıya bağlı çarpıntı veya titreme görülebilir. Çok nadiren ciddi alerjik reaksiyon veya doz ve uygulama ile ilişkili ciddi sistemik etkiler gelişebilir. Önceki ilaç ve anestezi reaksiyonlarınızı bildiriniz. Dolgu, bağlayıcı, koruyucu ara materyal ve izolasyon ürünleri tahriş veya alerjiye neden olabilir; bilinen materyal ve lateks alerjilerinizi belirtiniz. Her dolgu işleminde antibiyotik veya ağrı kesici

gerekmez. İlaç reçete edilirse adı, kullanımı, önemli istenmeyen etkileri ve etkileşimleri ayrıca açıklanır. İlaçlarınızı kendi kararınızla değiştirmeyiniz.
Kullanılacak anestezik / materyal ve hastaya özel ilaç uyarıları: .....
.....

***Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ve önerilere uyulmaması durumunda yaşanabilecek sorunlar**

***İşlem öncesinde: Hekiminiz farklı bir talimat vermedikçe rutin lokal anestezili dolgu randevusuna öğün atlayarak gelmeyiniz. Sedasyon veya genel anestezi planlanıyorsa ayrıca bilgilendirme ve ilgili hazırlık talimatları gerekir. Tedavi sırasında rahatsızlık hissederseniz hekiminizi uyarınız.**

***Restorasyondan sonra:** Uyuşukluk tamamen geçinceye kadar çiğnemeyiniz ve sıcak içecek tüketmeyiniz; dudak, yanak ve dili ısırmamaya dikkat ediniz. Aksi hâlde fark etmeden ısırık veya yanık oluşabilir. Çocuklarda gözetim sağlanmalıdır. Çiğnemeye başlama zamanı kullanılan materyale göre değişir; hekiminizin önerisine uyunuz. Erken veya aşırı yüklenme dolgunun kırılmasına neden olabilir.

Yeni yapılan dolgularda geçici hassasiyet olabilir. Hassasiyetin devam etmesi veya artması durumunda kontrol için başvurunuz; uygun tedavi muayene ile belirlenir. Dil, el veya yabancı cisimlerle dolgu kurcalanmamalıdır.

Ağız hijyenine dikkat edilmeli, dişler günde iki kez diş macunuyla fırçalanmalı, diş araları diş ipi kullanılarak temizlenmeli ve sık şeker tüketimi azaltılmalıdır. Bu önerilere uyulmaması dolgu kenarında yeniden çürük riskini artırır. Diş sıkma veya gıcırdatma varsa hekime bildirilmelidir. Önerilen kontrollere gelinmelidir.
Kontrol tarihi / aralığı: .....

Ön diş estetik dolgular dikkatli kullanılmalıdır, sert şeyler ısırılmamalıdır. Kompozit, amalgam ve geçici dolguların sertleşme özellikleri farklıdır; tüm dolgular için aynı yeme içme kısıtlaması uygulanmaz. Materyale özel çiğneme ve bakım önerisi:
.....

***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. Yüzde şişlik veya ateş gelişirse gecikmeden değerlendirme isteyiniz. Nefes alma veya yutma güçlüğü, hızla artan dil veya boğaz şişliği gibi ciddi bulgularda 112'yi arayınız veya en yakın acil servise başvurunuz.

Klinik telefonu ve mesai saatleri: .....
Mesai dışı başvuru birimi / iletişim bilgisi: .....

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 bu formda diş numarası ve kapsamı belirtilen dolgu işlemini 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 veya bana okunarak açıklandığını; işlemin yararları, riskleri, alternatifleri, işlem öncesi ve sonrası öneriler hakkında sözlü ve yazılı bilgilendirildiğimi; sorularımın yanıtlandığını ve karar vermem için yeterli süre tanındığını beyan ederim. Açıklanan işleme özgür irademle onam veriyorum. Plan değişikliği gerektiren ek işlemler için yeniden bilgilendirileceğimi ve gerekli onamımın alınacağını biliyorum.

*Hekimin bilgilendirme beyanı: İşlemi, hastaya özgü riskleri, alternatifleri ve bakım önerilerini açıkladım; soruları yanıtladım ve onamı aldım. İşlemi uygulayacak hekim: .....

☐ HASTA SİZ İSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN BOŞLUĞA KENDİ EL YAZINIZ İLE OKUYUP ANLADIĞINIZI YAZINIZ.

……

HASTANIN YASAL TEMSİLCİSİ İSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN BOŞLUĞA KENDİ EL YAZINIZ İLE TEMSİL ETTİĞİNİZ HASTA ADINA OKUYUP ANLADIĞINIZI YAZINIZ.

……

Bilgilendirmeyi yapan hekim;	Hasta;	Hastanın yasal temsilcisi;
Adı Soyadı Unvanı:	Adı Soyadı	Adı Soyadı
Girişimsel işlem saati: Tarih: .... / .... /	Tarih: …./…./20..	Yakınlık derecesi: Temsil yetkisinin dayanağı: ..... Tarih: .... / .... / .....
İmza	İmza	İmza

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
……/…../……	……/…../……	……/…../……
Adı Soyadı/Ünvanı	Adı Soyadı/Ünvanı	Adı Soyadı/Ünvanı
İmza	İmza	İmza