



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ ÇENE RADYOLOJİSİ A.D. BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu :HD.RB.02	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Revizyon No:1	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
---------------------------	-------------------------	-------------------------------	---------------	---------------------------

PROTOKOL NO:

Sayın Hasta, Hasta Velisi/Yasal Temsilcisi,

Yapılacak her türlü muayene ve tedavi işlemleri Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir. Bu onam; Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalında yapılacak gerekli muayene ve değerlendirme ile radyolojik görüntülemeyi içermektedir. Kliniğimizce sunulan hizmetleri kabul edip etmemeniz hususunda karar vermeden önce klinik muayene, yapılması planlanan işlemler ve bu işlemlerin olası risk ve yan etkileri konusunda bilgilendirme hakkına sahipsiniz. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğimiz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz. Bu bilgileri okuyup imzalayarak size uygulanacak tedavileri, ağız içi ve çevre dokuların muayenesini ve radyolojik görüntülerinizin kimlik bilgileriniz gizli tutularak, teşhis, bilimsel ve eğitimsel amaçlı kullanılabilceğini kabul etmiş olacaksınız. Bu form ile amaçlanan, sizi tüm detaylar hakkında bilgilendirmek ve ağız ve diş sağlığınız ile ilgili muayene ve işlemler için onayınızı almaktır.

BİLGİLENDİRME

***ANAMNEZ ALMA** Uygulanacak

Anamnez: Başvuru anındaki ve geçmişteki şahsi, sosyal, ailevi ve sağlık durumunun tespit edilmesi, şikayetlerin ve hekime müracaata kadar geçen zaman içinde hastalığın seyri ile ilgili bilgilerin toplanmasıdır. Alınan anemnezdeki bilgiler kimlik bilgileriniz gizli tutularak, teşhis, bilimsel ve eğitimsel amaçlı kullanılabilir. **Anamnez alınmazsa oluşacak riskler:**Anamnez alınması sırasında doğru ve eksiksiz bilgiler verilmez ise muayene ve diş tedavisi sırasında hayati tehlikeye neden olacak durumlarla karşılaşılabilir. **İşlemin alternatifi:** Yok. **İşlem süresi:** Hasta yoğunluğuna bağlı olarak 10-120 dk

***AĞIZ İÇİ VE ÇEVRE DOKULARIN MUAYENESİ** Uygulanacak

Klinik muayene: Baş, deri, gözler, iskelet yapı, lenf nodları, çiğneme kasları, tükürük bezleri, çene eklemi, ağız boşluğundaki dişeti, dil, yanak gibi yumuşak dokuları ve dişler, kemik gibi sert dokuları kapsar. **Muayene yapılmazsa oluşacak riskler:**Şikayetin olduğu diş ya da bölge belirlenemez. **İşlemin alternatifi:** Yok. **İşlem süresi:** Hasta yoğunluğuna bağlı olarak 10-120 dk.

***RADYOLOJİK TETKİK** Uygulanacak

Radyolojik değerlendirmede amaç: Muayenede görülemeyen diş, kemik, yumuşak dokudaki patolojilerin teşhis edilmesidir. Muayene ve tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında çene, yüz bölgesinin röntgeninin çekilmesi gerekebilir. Radyolojik görüntüleriniz kimlik bilgileriniz gizli tutularak, teşhis, bilimsel ve eğitimsel amaçlı kullanılabilir. Röntgen çekimi öncesi hasta baş ve boyun bölgesindeki bütün metal eşyalarını çıkarmalıdır. **Radyolojik tetkik yapılmazsa:** Patoloji ve nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir, detaylı durum değerlendirmesi yapılamaz, tedavinin başarısı değerlendirilemez. **Olası riskler:** Röntgen çekiminde kullanılan x-ışını canlı doku için zararlıdır. Bu nedenle hekiminiz sizin için gereken en az sayıda röntgen isteyecektir. Hamile iseniz veya hamilelik şüphemiz varsa hekiminize ve röntgen görevlilerine bildirmek sizin yükümlülüğünüzdür. İşlem sırasında en az 20 saniye hareketsiz kalınması gereklidir. Hareket edilirse filmin kötü çıkması ve tekrar çekilmesi durumu söz konusu olabilir. Diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için kurşun önlük giydirilerek panoramik radyografi çekilmesi gerekebilir. Gerekli görüldüğünde daha detaylı görüntü elde edebilmek için şikayet bölgesinden periapikal filmler alınabilir. **İşlemin alternatifi:** Yok. **İşlem süresi:** Hasta yoğunluğuna bağlı olarak 10-90 dk.

Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlarda hastaya kurşun önlük giydirilerek ve minimum dozda X-ışını verilerek film çekilmesi sağlanabilir.

***KONİK IŞINLI BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ** Uygulanacak

Radyografik olarak iki boyutlu görüntülemenin yetersiz kaldığı durumlarda, görüntülenmesi istenen alandan konik ışınli bilgisayarlı tomografi ile 3 boyutlu görüntüleme sağlanabilir. **Konik Işınli Bilgisayarlı Tomografi:** X-ışını kullanılarak baş-boyun bölgesinin kesitsel görüntüsünü oluşturmaya yönelik radyolojik yöntemdir. X-ışın kaynağı hasta etrafında dönüş hareketi gerçekleştirmektedir. Tomografi çekim süresi 12-27 saniye arasında değişmektedir. Oluşan görüntüler bilgisayar ekranından izlenebilir ve DVD'ye aktarılabilir. **Konik Konik ışınli bilgisayarlı tomografi tetkiki yapılmazsa:** Üç boyutlu görüntüleme sağlanamaz ve şikayet nedeni belirlenemeyebilir, tedavinin başarısı etkilenebilir. **Olası riskler:** Röntgen çekiminde kullanılan x-ışını canlı doku için zararlıdır. İşlem sırasında 12-27 saniye arasında değişen sürede hareketsiz kalınması gereklidir. Hareket edilirse filmin kötü çıkması ve tekrar çekilmesi durumu söz konusu olabilir. **İşlemin alternatifi:** Yok. **İşlem süresi:** Hasta yoğunluğuna bağlı olarak 10-30 dk.

***ULTRASONOGRAFİ** Uygulanacak

Ultrasonografi:Bu yöntemde dişeti, yanak, boyun gibi yumuşak dokulardaki patolojiler, tükürük bezlerindeki taşlar, lenf nodları, temporomandibular eklem ve çiğneme kasları incelenebilir. **Ultrasonografik tetkik yapılmazsa:** Yumuşak dokuların durumu detaylı olarak incelenebilir. Uygulama



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ ÇENE RADYOLOJİSİ A.D. BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu : HD.RB.02	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon Tarihi:24/04/2024	Revizyon No:2	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
----------------------------	-------------------------	-------------------------------	---------------	---------------------------

yapılırken incelenmek istenen bölge su bazlı jel ile kaplanır. **Olası riskler:**Kullanılan jelin ve ultrasonografik incelemenin biyolojik dokulara zararı bulunmamaktadır. Bu görüntüleme yöntemi, incelenen alana bağlı olarak 5-15 dk sürmektedir. **İşlemin alternatifi:** Yok. **İşlem süresi:** Hasta yoğunluğuna bağlı olarak 10-30 dk.

*VİTALİTE TESTİ

Uygulanacak

Vitalite testi: Teşhis ve tedavi planlaması sırasında dışarıdan verilen bir uyarana (soğuk, sıcak, elektriksel vb.) karşı dişin, sinirsel olarak cevabının değerlendirildiği testtir. **Olası riskler:** Diş, çevre doku ve restorasyonun durumuna göre hatalı cevap alınabilir ve tekrarı gerekebilir. Vitalite testinde elektriksel uyarının uygulandığı süre boyunca kalp pilinin fonksiyonlarını bozabileceği için kalp pili taşıyan kişilerde kullanımı uygun değildir. **İşlemin alternatifi:** Yok. **İşlem süresi:** 10-20 dk.

*FOTOĞRAF ÇEKİMİ

Uygulanacak

Fotoğraf çekimi işleminde ağız ve çevre dokuda görülen değişiklikler bazı durumlar takip edilir ve kimlik bilgileri gizli tutularak, teşhis, bilimsel, eğitimsel amaçlı kullanılabilir. **Fotoğraflama yapılmazsa:** Objektif verilerin elde edilememesi. **Olası riskler:** Herhangi bir riski yoktur. **İşlemin alternatifi:** Yok. **İşlem süresi:** 10-20 dk.

KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ FİYAT TARİFESİ (KSHFT):SosyalGüvenlikKurumu (SGK) tarafındanfinansmanıkarşılanmayansağlık hizmetleri, kişilerGenelSağlıkSigortası (GSS) kapsamındaolsadahi Ek-2 KSHFT üzerindenfiyatlandırılır.Ayrıca, hizmetinGSS kapsamındaolmadığı, GSS kapsamındaolduğuhaldesağlık hizmetbedelinihastanın kendisininödeyeceğini beyanettiği ve GSS kapsamındaolduğuhaldeSUT (Sağlık Uygulama Tebliği)hükümleri çerçevesinde SGK tarafındanödenmediğidurumlardasunulansağlık hizmetbedelleri Ek-2 KSHFT üzerindenfiyatlandırılır.

BU BÖLÜM HASTANIN HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR:

Sistemik/bulaşıcı hastalık:

Kullanılan ilaç:

ONAY

Bu klinikte konulan teşhisler doğrultusunda tedavilerimin yapılması için ilgili bölümlere yönlendirileceğim ve tedavim için gereken bilgileri detaylı olarak ilgili bölümlerden alabileceğim konusunda bilgilendirildim.

- Muayene ve değerlendirmeleri,
- Yapılacak radyolojik görüntüleme ve laboratuvar testlerini,
- Lisansüstü öğrenciler gözetiminde ve öğretim üyeleri sorumluluğunda aday diş hekimlerinin, dental teknisyen, röntgen teknisyeni ve görevlilerinin muayene ve radyografi çekimlerinde yer almasını,
- Herhangi bir sistemik hastalığım mevcutsa bunu hekime bildireceğimi ve hekimin dış kaynaklı konsültasyon istemlerini kabul ediyorum.
- **Hamile isem veya hamilelik şüphesi varsa beni muayene eden doktora veya radyolojik tetkikleri uygulayan teknikerlere hamilelik durumumu belirteceğimi kabul ediyorum.**

Bu onamformu, imzaladığım tarihte ve Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi A.D.'na başvurum sırasında geçerlidir. Farklı tarihlere yapacağım başvurularda yapılacak farklı muayene, tetkik ve radyolojik incelemeler için yeniden onayım alınacaktır.

Lütfen aşağıdaki boşluğa el yazınızla "BU ONAM FORMUNU OKUDUM, ANLADIM" yazarak imzalayınız.

Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi (KSHFT) kapsamında yapılacak işlemler için ücret ödemeyi:

- KABUL EDİYORUM KABUL ETMİYORUM

Girişimin/tedavinin doğrudan bir öğretim üyesi tarafından uygulanmasını istiyorum, özel muayene talep ediyorum. İlave ücret ödemeyi:

- KABUL EDİYORUM KABUL ETMİYORUM

Kimlik bilgileri gizli tutularak; hastaya ait klinik ve radyolojik verilerin, röntgen, fotoğraf, video, tetkik sonuçlarının (patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb.) ve diğer dokümanların teşhis, eğitim ve/veya bilimsel amaçlı kullanılmasını:

- KABUL EDİYORUM KABUL ETMİYORUM

Hastanın; Hastanın velisi/yasal temsilcisi Görüşme tanığının;

Adı Soyadı: Adı Soyadı: Adı Soyadı:

TC Kimlik No: Yakınlık derecesi: İmzası:

Protokol No: İmzası:

İmzası:

Sorumlu Öğretim Üyesi; Bilgilendirmeyi ve işlemi yapan Aday Diş Hekimi / Diş Hekimi



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DİŞ ÇENE RADYOLOJİSİ A.D. BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu : HD.RB.02	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon Tarihi:24/04/2024	Revizyon No:2	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2
----------------------------	-------------------------	-------------------------------	---------------	---------------------------

Adı

Soyadı:

İmzası:

Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih:/...../..... **Saat:**.....

* **Yasal Temsilci:** Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır (Yasal temsilcinin yakınlık derecesini belirtiniz.).