



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

ENDODONTİ A.D.

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu :HD.RB.03	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4
------------------------	-------------------------	---------------	----------------------------	---------------------------

Sayın Hasta, Hasta Velisi/Yasal Temsilcisi,

PROTOKOL NO:

Yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir. Kliniğimizce sunulan tedavi hizmetlerini kabul edip etmemeniz hususunda karar vermeden önce klinik muayene, size konulan tanı, radyolojik görüntüleme, yapılması planlanan girişimler ve bu girişimlerin olası risk ve yan etkileri konusunda bilgilendirme hakkında sahipsiniz. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz. Bu bilgileri okuyup imzalayarak size uygulanacak tedavileri kabul etmiş olacaksınız. Bu form ile amaçlanan, sizi tüm detaylar hakkında bilgilendirmek ve ağız ve diş sağlığınız ile ilgili muayene ve tedaviler için onayınızı almaktır.

***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. Amacı hasta ile hekimin iletişimini sağlamak, ön tanıya varmak için gerekli verileri toplamak ve hastanın istekleri ile ilgili bilgi edinmektir. Hekim gerekli gördüğünde uzman hekimin görüş ve tetkiki(konsültasyon) isteyebilir.

Anamnez alma işleminden beklenenler: Muayene ve diş tedavisi sırasındaki uygulamaları etkileyecek bir hastalığınızın ve kullandığınız bir ilacın olup olmadığının belirlenmesidir.

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: 10-15 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.

Muayeneden beklenenler: Tedavi gereken dişlerin belirlenmesi, dil, yanak, dudak gibi yumuşak dokularda mevcut olan yara, kitle gibi durumların tespit edilmesi.

Muayene yapılmazsa oluşacak riskler: Şikayetin olduğu diş ya da bölge belirlenemez.

İşlemin alternatifi: Yok.

İşlem süresi: 10-15 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 tetkikten beklenenler: İncelenmek istenen bölgelerde patoloji vb. durumların belirlenmesi.



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

ENDODONTİ A.D.

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu :HD.RB.03	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4
------------------------	-------------------------	---------------	----------------------------	---------------------------

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. Hamilelik şüphesi veya hamilelik durumlarında diş hekimi mutlaka bilgilendirilmelidir. Düşük derecede de olsa radyasyon bebeğe zararlı olabilir. Diş hekiminiz gereken en az sayıda röntgen isteyecektir. 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. Daha detaylı görüntü elde edebilmek için şikayet bölgesinden periapikal filmler alınabilir.

İşlemin alternatifi: Yok.

İşlem süresi: 15-20 dk.

* LOKAL ANESTEZİ

Uygulanacak

Lokalanestezi; tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topical anestezi madde ile diş eti, ağız tabanı veya dudak/yanağın iç kısmı uyuşturulur. Lokal anestezi sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. 2-4 saat sonrasında anestezinin etkisi ortadan kalkar. Lokal anestezi uygulaması sonrası hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüzfelci görülebilir. Hastanın anestezi sırasında ani hareket etmesi ile lokal anestezi iğnesinin kırılması veya anestezinin yanlış yere uygulanması söz konusu olabilir.

Lokal anestezi beklenenler: Yapılacak olan girişimler sırasında (diş çekimi, kanal tedavisi,vs.) sırasında işlem yapılacak bölgeyi uyuşturarak ağrıyı engellemek ve hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmaktır.

Tedavinin riskleri ve komplikasyonları: Anestezi yapılmadan hamilelik (ilk 3 ay ve son 3 ay tehlikeli olabilir), herhangi bir sistemik hastalık veya alerji varsa işlemi yapacak hekim bilgilendirmelidir. Aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı anestezinin etkisini zayıflatır. Korku, heyecan ya da açlığa bağlı bayılma (senkop, geçici bilinç kaybı) oluşabilir. Lokal anestezinin etki süresi (1-4 saat) geçene kadar hasta çiğneme yapmamalıdır. Aksi halde yanak ve dudak ısırılmasına bağlı olarak yumuşak doku travması görülebilir. Anestezi yapılırken ağrı yada ödem oluşabilir. Trismus denilen ağız açma güçlüğü oluşabilir, 2-3 haftada kendiliğinden düzelir. Anestezi yapılan bölgeye komşu sinirlerin etkilenmesi sonucu geçici yüz felci, geçici şaşılık, geçici körlük, kas zayıflığı, kulak memesi, burun ve dil uyuşukluğu oluşabilir. Bunlar anestezinin etkisi geçince tamamen düzelir. Bazen anestezi oluşmayabilir, tekrarlanması gerekebilir. Çok nadir olmakla birlikte alerjik reaksiyon sonucu anafilaktik şok görülebilir.

İşlemin alternatifi: Yok.

İşlem süresi: İşlem yapılan dişin durumuna bağlı olarak 1-5 dk.

* KÖK KANAL TEDAVİSİ

Uygulanacak

Kök kanal tedavisi, ileri derecede çürümüş ve pulpası (dişin iç kısmındaki damar ve sinirlerin olduğu doku) hasara uğramış dişlere uygulanan bir tedavidir. Bu tedavinin aşamaları; dişin pulpa dokusunun çıkartılması, kök kanallarının genişletilmesi-temizlenmesi, kök kanalların ve dişin eksik kısmının dolgu maddeleri ile doldurulmasını içerir. Kök kanal temizliğinde kullanılan yıkama



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ A.D.

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu :HD.RB.03	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4
------------------------	-------------------------	---------------	----------------------------	---------------------------

solüsyonları,tedavi esnası ile sınırlı kalacak şekilde, kötü koku ve tat duyusuna sebep olabilir. Tedavi sırasında, lokal anestezi etkisinin yeterli olmaması halinde, ilave anestezi yöntemleri (intrapulpal, intraligamenter) uygulanabilir.

Tedaviden beklenenler: Çürük dişler tedavi edilerek bunlara bağlı şikayetler ortadan kaldırılır ve diş çekiminin önüne geçilerek diş kaybı önlenir. Dişlerdeki estetik bozukluk ve madde kayıpları düzeltilir.

Tedavinin riskleri ve komplikasyonları:Bu işlemde lokal anestezi uygulanmaktadır. İşlem sırasında, kök kanallarında tıkanıklık veya daha önceki kanal dolgununun sökülememesi gibi nedenlerle işlem yapılan diş aynı seansta çekime yönlendirilebilir.Kanal tedavilerinden sonra birkaç gün süren hafif veya şiddetli ağrılar olabilir, dişte tedaviye cevap vermeyen bir enfeksiyon gelişebilir, dişin çekimi gerekebilir. Dolgu için kullanılan frez ve kanal tedavisinde kullanılan kanal aletleri tedavi esnasında kırılabilir, boğaza kaçabilir. Tükürük izole edilemezse dolgunun uzun süre kalıcı olmayacağı bilinmelidir.

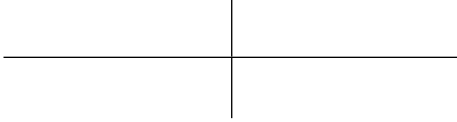
İşlem süresi: İşlem yapılan dişin durumuna bağlı olarak 1-2 saat arası sürebilir.

İşlemin alternatifi: Yok. Kanal tedavisi uygulanmaması halinde, dişin çekimi gerekebilir.

TEDAVİ PLANI: Bu bölüm hastanın hekimi tarafından doldurulacaktır.

Sistemik/bulaşıcı hastalık:

Kullanılan ilaç:



KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ FİYAT TARİFESİ (KSHFT): Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından finansmanı karşılanmayan sağlık hizmetleri, kişiler Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında olsa dahi Ek-2 KSHFT üzerinden fiyatlandırılır.Ayrıca, hizmetin GSS kapsamında olmadığı, GSS kapsamında olduğu halde sağlık hizmet bedelini hastanın kendisinin ödeyeceğini beyan ettiği ve GSS kapsamında olduğu halde SUT (Sağlık Uygulama Tebliği)hükümleri çerçevesinde SGK tarafından ödenmediği durumlarda sunulan sağlık hizmet bedelleri Ek-2 KSHFT üzerinden fiyatlandırılır.

HASTA/HASTANIN VELİSİ/HASTANIN YASAL TEMSİLCİSİ OLARAK;

▪ Yapılacak tedavi veya tanı amaçlı girişimler, tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskler anlatıldı. Randevularıma zamanında geldiğim ve hekimin anlattığı kurallara düzenli şekilde uyduğum takdirde yapılacak tedavinin başarısının artacağı tarafıma bildirildi. Tedaviyi reddetme ve sonlandırma hakkım olduğunu biliyorum. Önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Hekimimin planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum. Uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler anlatıldı.Yapılacak girişimler ve tedavi ile ilgili bilmek ve öğrenmek istediğim her şeyle ilgili soru sormam için fırsat verildi ve bu konuda tatmin edici yanıtlar aldım. Uygulanacak işlemlerin ve tedavinin ağız, diş sağlığı ve görünümün daha iyi olması amacıyla yapıldığını ancak bu sonucun garanti edilemeyeceğini, her hasta için ayrı bir "en iyi sonuç" olduğunu,

▪ Muayene ve değerlendirmeleri, yapılacak radyolojik görüntülemeleri,



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ A.D.

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu :HD.RB.03	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4
------------------------	-------------------------	---------------	----------------------------	---------------------------

- Lisansüstü öğrenciler gözetiminde ve öğretim üyeleri sorumluluğunda aday diş hekimlerinin, dental teknisyen, röntgen teknisyeni ve görevlilerinin muayene ve radyografi çekimlerinde yer almasını,
- Tedavilerin lisansüstü öğrenciler gözetiminde ve öğretim üyeleri sorumluluğunda aday diş hekimleri tarafından yapılmasını,
- Var olan hastalıklarımı (kalp,şeker,tansiyon vs), bulaşıcı hastalıklarımı (nezle, grip, hepatit, vb.), kullandığım ilaçları ve alerjim olup olmadığını diş hekimine bildireceğimi ve diş hekiminin dış kaynaklı konsültasyon istemlerini kabul ediyorum.

Bu onam formu, imzaladığım tarihte ve Endodonti A.D.'na başvurum sırasında geçerlidir.

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

Uygulanacak tedaviyi ve bundan dolayı doğacak her türlü sorumluluğu gönüllü olarak;

- KABUL EDİYORUM KABUL ETMİYORUM

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; Bilgilendirmeyi ve İşlemi yapan Aday Diş Hekimi / Diş Hekimi;

Adı Soyadı: Adı Soyadı:

TC Kimlik No: İmzası:

İmzası:

Sorumlu Öğretim Üyesi; Hastanın velisi/ yasal temsilcisi; Görüşme tanığının;

Adı Soyadı: Yakınlık Derecesi: Adı Soyadı:

İmzası: Adı Soyadı: İmzası:

İmzası:



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ A.D.

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Doküman Kodu :HD.RB.03	Yayın Tarihi:01/06/2017	Revizyon No:1	Revizyon Tarihi:23/08/2022	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/4
-----------------------------------	--------------------------------	----------------------	-----------------------------------	----------------------------------

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.).