



GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PEDODONTİ A.D.
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU(TEDAVİ)

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

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 hakkına 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 tedaviler için onayınızı almaktır.

***LOKAL ANESTEZİ(Hekim Tarafından Doldurulacaktır)**

Uygulanacak

Lokalanestezi; tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topical anestetik madde ile dişeti, ağız tabanı veya dudak/yanığın iç kısmı uyuşturulur. Lokal anestetik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. 2-4 saat sonrasında anesteziğin etkisi ortadan kalkar. Lokal anestezi uygulaması sonrası hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci 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: 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 anafaktik şok görülebilir.

Hastanın anestezi sırasında ani hareket etmesi ile lokal anestezi iğnesinin kırılması veya anestezinin yanlış yere uygulanması söz konusu olabilir.

İşlemin alternatifi: Yok.

İşlem süresi: İşlem yapılan dişin durumuna bağlı olarak 15-20 dk.

***DOLGU(Hekim Tarafından Doldurulacaktır)**

Uygulanacak

Dolgu çürük nedeniyle zarar görmüş dişlere normal fonksiyonunu ve görünümünü kazandırmak amacıyla, çürümüş dokunun uzaklaştırılması ve boşluğun dolgu malzemesi(kompozit, kompomer, cam iyonomer) ile doldurulması işlemlerini içerir.

Dolgu tedavisinden beklenenler: Ağrı şikayetlerinin giderilmesi, çürümeyi durdurarak olası diş çekimin önlenmesi, estetiğin ve çiğneme fonksiyonunun yeniden kazandırılmasıdır.

Dolgu yapılması: Dişteki çürük ilerlerse, pulpa dokusunun etkilenmesi bağlı olarak, ağrıya ve şişliğe neden olabilir. Bu durumda kanal tedavisi ve çekim gibi daha ileri tedavilere ihtiyaç duyulabilir.

Tedavinin riskleri ve komplikasyonları: Bu işlemde lokal anestezi uygulanmaktadır. Çürüğün büyüklüğüne bağlı olarak dişte kırılma, dolgu düşmesi, soğuk-sıcak hassasiyeti ve ağrı olması, tedavi sırasında pulpa odasının (sinirlerin) açılması, dolgu işlemi sonrası ağrının devam etmesi durumunda kanal tedavisi ya da çekim gibi ileri tedavilere ihtiyaç duyulması.

İşlemin alternatifi: Yok.

İşlem süresi: İşlem yapılan dişin durumuna bağlı olarak 45-60 dk.

***AMPUTASYON(Hekim Tarafından Doldurulacaktır)**

Uygulanacak

Dişin kök kısmındaki pulpa bırakılarak sadece ağız içerisinde görülen üst kısmında etkilenen enfekte doku temizlenir. Bu tedavi özellikle süt dişlerine uygulanır. Açık apeksli daimi dişlerde kök gelişiminin devam etmesini sağlamak amacıyla da uygulanabilir.

Amputasyon tedavisinden beklenenler: Ağrı şikayetlerinin giderilmesi, estetiğin ve çiğneme fonksiyonunun yeniden kazandırılması sağlanabilir. Dişin pulpa dokusunu etkileyen enfeksiyon kök pulpasına ulaşmadan tedavi edilirse kanal tedavisi ve diş çekimi riski azaltılmış olur.

Amputasyon tedavisi yapılmazsa: Ağrı, yüzde şişlik, yaygın enfeksiyon, kök ucunda lezyon, dişte kırılma, fonksiyon ve fonasyon kaybı, ağız kokusu oluşabilir. İlgili dişe kanal tedavisi yapılması ya da dişin çekilmesi gerekebilir. Erken diş çekimine bağlı olarak yer darlığı ve dişlerde çapraşıklık oluşabilir.

Tedavinin riskleri ve komplikasyonları: Bu işlemde lokal anestezi uygulanmaktadır. Diğer diş tedavilerinde olduğu gibi bu tedavide de her zaman kesin başarı beklenemez. İşlem sonrası hastada ağrı, enfeksiyonun yaygınlığının tahmin edilememesi durumunda apse oluşumu görülebilir. Amputasyon materyali olarak kullanılan kalsiyum hidroksit, ferrik sülfat ve MTA gibi ürünler biyolojik olarak doku dostu materyallerdir. Bu maddelere karşı bir yan etki beklenmez.

İşlemin alternatifi: Yok.

İşlem süresi: İşlem yapılan dişin durumuna bağlı olarak 45-60 dk.

***KANAL TEDAVİSİ(Hekim Tarafından Doldurulacaktır)**

Uygulanacak

Dişin içindeki pulpa dokusunun, köklerdeki kısmı da kapsayacak şekilde çıkarılması ve özel maddelerle kök kanallarının doldurulması işlemidir.

Kanal tedavisinden beklenenler: Ağrı şikayetlerinin giderilmesi, apse gelişmişse iyileşmesi, estetiğin ve çiğneme fonksiyonunun yeniden kazandırılmasıdır.

Kanal tedavisi yapılmazsa: Ağrı, yüzde şişlik, yaygın enfeksiyon, kök ucunda lezyon, dişte kırılma, fonksiyon ve fonasyon kaybı, ağız kokusu oluşabilir. Dişin çekimi gerekir. Erken diş çekimine bağlı olarak yer darlığı ve dişlerde çapraşıklık oluşabilir.

Tedavinin riskleri ve komplikasyonları: Bu işlemde lokal anestezi uygulanmaktadır. Kanal tedavisi yapılırken, kullanılan aletler kanal içerisinde kırılabilir, bu durumda alet kanal içinde bırakılabilir veya diş çekime gidebilir. Ayrıca kök kanalları tıkalı olabilir, buna bağlı olarak kanal tedavisi sonuçlandırılmayabilir.

İşlem sonrasında ağrı ve şişlik oluşabilir. Kanal tedavisi yapılmasına rağmen, tedavinin hemen akabinde veya bir süre sonra dişin çekimi gerekebilir. Kanal tedavisi başarılı olsa bile, daha sonra o dişin bir daha ağrımayacağı anlamına gelmez.

İşlemin alternatifi: Yok.

İşlem süresi: 60-75 dk.(Uygulama yapılacak dişin kök sayısına göre değişebilir.)



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PEDODONTİ A.D.
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU(TEDAVİ)

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

Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi(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.

TEDAVİ PLANI: Bu bölüm hastanın hekimi tarafından doldurulacaktır.

Sistemik/Bulaşıcı Hastalık :

Kullanılan İlaç :

HASTANIN VELİSİ/HASTANIN YASAL TEMSİLCİSİ OLARAK;

Yapılacak tedavi veya tanı amaçlı girişimler, tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskler anlatıldı. Randevulara zamanında geldiğimiz ve hekimin anlattığı kurallara düzenli şekilde uyulduğu takdirde yapılacak tedavinin başarısının artacağı tarafıma bildirildi.Tedaviyi reddetme ve sonlandırma hakkım olduğumu 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. Hekimin 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 görünümünün 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,

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,

Yasal temsilcisi olduğum hastanın var olan hastalıklarını (kalp,şeker,tansiyon vs), bulaşıcı hastalıklarını, kullandığı ilaçları ve alerjisi olup olmadığını diş hekimine bildireceğimi ve diş hekiminin dış kaynaklı konsültasyon istemlerini kabul ediyorum.

Bu onam formu, imzaladığım tarihte ve Pedodonti Anabilim Dalı'na başvurum sırasından 10 (on) gün sonrasında geçerlidir.

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

Uygulanacak tedaviyi ve bundan dolayı doğacak her türlü sorumluluğu gönüllü olarak;(Bu maddenin kabul edilmemesi durumunda tedavi gerçekleştirilemeyecektir.)*

KABUL EDİYORUM KABUL ETMİYORUM

Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi (KSHFT) kapsamında yapılacak işlemler için ücret ödemeyi;(SGK Ödeme kapsamı dışında olanlar v.b.)*

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 amaç kullanılması:*

KABUL EDİYORUM KABUL ETMİYORUM

Hastanın;

Adı Soyadı:

TC Kimlik No:

Hastanın velisi / yasal temsilcisi;

Yakınlık Derecesi: Anne Baba Vasi

Adı Soyadı:

İmzası:

Görüşme tanığının(3.Kişi);

Adı Soyadı:

İmzası:

***(DOLDURULMASI ZORUNLU ALAN)**

Sorumlu Öğretim Üyesi;

Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih:/...../.....

Saat:.....

Bilgilendirmeyi ve/veya İşlemi yapan

Öğr.Üyesi / Arş Gör. Diş Hekimi;

Adı Soyadı:

İmzası:

İşlemi yapan Aday Diş Hekimi;

Adı Soyadı:

İmzası:

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