Sayın Hasta/ Hasta yakını/ Yasal Temsilcisi;

Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Açıklayamadığımız her durum hakkında soru sorunuz, açıklamaktan memnuniyet duyacağız. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

TEDAVİ UYGULANACAK DİŞLER

V IV III II I	I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
V IV III II I	I II III IV V

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI:

PLANLANAN TEDAVİ, TAHMİNİ SÜRE: Kanal Tedavisi,

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

- Tedavi edilmemiş diş çürüklerinin, dişin pulpasına (damar-sinir paketi) kadar ulaştığı,
- Mevcut dolgunun kırıldığı,
- Açılmış dolgu kenarlarından veya eski ve dişeti uyumu bozulmuş kuron protezlerin altından bakteri sızıntısı olduğu,
- Yeni yapılmış bir dolgudan/kuron yapımı için dişin kesilmesinden sonra şiddetli hassasiyetin devam ettiği,
- Travma sonucu dişin kırılarak pulpanın açığa çıktığı durumlarda; dişin pulpası iltihaplanabilir. Bu durumda dişe kök kanalı tedavisi yapmak gerekebilir.

İŞLEM HAKKINDA BİLGİ

Kanal tedavisi; dişin pulpasının çıkartılması, kök kanallarının şekillendirilmesi, dezenfeksiyonu ve doku dostu bir kanal dolgu materyali ile doldurulması işlemlerinden oluşur.

Canlı bir dişte kanal tedavisi yapılmadan önce, dişin lokal anestezi ile uyuşturulması gerekir. Kanal tedavisi sırasında ilgili dişten bir veya birden fazla radyografi alınması gerekebilir.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Kanal tedavisinin alternatifi ilgili dişin çekimidir. Dişin çekilmesi durumunda hasta o bölgedeki çiğneme, estetik ve fonasyon (seslerin doğru çıkartılması) gibi fonksiyonlarını kaybeder. Çekim sonrası oluşacak boşluğun doldurulması için protetik tedavi veya implant uygulamalarından yararlanılması gerekir.

İŞLEME AİT OLASI KOMPLİKASYONLAR

İşlem sırasında veya sonrasında aşağıda sıralanan istenmeyen olaylar ile karşılaşılabiliriz. Ancak bunlara karşı her türlü önlemi aldığımızı bilmenizi isteriz. Her türlü tedbire rağmen bu olasılıklarla karşılaştığımızda da gereken müdahaleyi yapacağımızı da beyan ederiz.

- Kanal tedavisi sırasında kullanılan kanal aletleri, kök kanalı içerisinde kırılabilir.

- Dişteki madde kaybına bağlı olarak diş kırılabilir.
- Kök kanallarının yıkanması sırasında kullanılan yıkama solüsyonu kök ucundan çıkarak ağrıya neden olabilir.
- Kök kanallarının doldurulması sırasında, kullanılan kanal dolgu materyali kök ucundan çıkarak hassasiyete neden olabilir.

Yukarıdaki nedenlerle tedavi sırasında hastanın, hekiminin direktiflerine uyması ve ani hareketlerde bulunmaması önemlidir.

İŞLEMİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ

Canlı dişlerde yapılan kanal tedavilerinin başarı oranı son derece yüksek olmakla birlikte; tüm sağlık uygulamalarında olduğu gibi, hastanın genel sağlık durumunun elvermediği koşullarda tedavi başarısız olabilmektedir. Kanal tedavisinin başarısız olduğu ve anatomik-morfolojik zorluklar nedeniyle kanal tedavisinin yapılamadığı durumlarda; diğer tedavi seçeneği endodontik cerrahi (apikal rezeksiyon) veya dişin çekimi olabilir.

İŞLEMİ REDDETME DURUMUNDA OLASI SONUÇLAR HAKKINDA BİLGİ

Hastanın tedaviyi kabul etmediği durumlarda:

- Dişteki hastalık ilerler,
- Diş kırılarak restore edilemeyecek hale gelebilir,
- Dişte apse oluşarak ağrı ve şişliğe neden olabilir,
- Bunun sonucunda dişin çekilmesi gerekebilir.

Hastanın tedaviyi kabul etmemesinden kaynaklanan tüm sonuçlardan hastanın kendisi sorumludur.

RADYOGRAFİK GÖRÜNTÜLEME HAKKINDA BİLGİ

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için diş/çevre dokuların ağız içi ve dışından radyografi alınması gerekebilir. Radyografi işleminde film ağız içerisine veya dışarısına yerleştirilerek işlem gerçekleştirilir. **Radyografik tetkikten beklenenler**: Şikayet bölgesinin ayrıntılı incelenerek şikayete neden olan diş ya da kemik bölgesinin belirlenmesi. **Radyografik tetkik yapılmazsa**: Şikayet nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir. Tedavi sonrası kontrol radyografieri alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez. Olası riskler: Radyografi çekimi sırasında hastanın bulantı refleksi tetiklenerek bulantı ve bazen kusma oluşması.

LOKAL ANESTEZİ HAKKINDA BİLGİ

Kanal tedavisi yapılırken ağrı kontrolünü sağlamak ve ilgili dişi uyuşturmak amacıyla lokal anestezi uygulanır. İşlemin yerine göre dental enjektör ile doku içine anestezik solüsyon zerk edilir. Hastanın bilinci yerindedir. Ağrının tamamen kaldırılamadığı durumlarda ilave anestezi yapılması veya yardımcı anestezi tekniklerinden yararlanılması gerekebilir.

Olası riskler: Çok nadir olarak hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları ve geçici yüz felci görülebilir.

YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

- Tedavi sırasında lokal anestezi uygulanmışsa anestezinin etkisi geçene kadar bir şey yemeyiniz. Hissetmediğiniz için dilinizi, dudağınızı ısırabilirsiniz.
- Seanslar arasında ağrı ve/veya şişlik oluşursa antibiyotik kullanmanız gerekebilir. Bu durumda vakit geçirmeden diş hekiminize ulaşınız.
- Diş hekiminiz ilaç reçete etti ise ilaçlarınızı düzenli olarak, saatinde kullanınız.
- Tedavi seanslarınız arasında dişinize yerleştirilen geçici dolgunuz yerinden oynayabilir veya tamamı ile

düşebilir. Bu durumda vakit geçirmeden diş hekiminize ulaşınız.

- Tedavi sonrasında 7-10 gün süreyle özellikle dişin üzerine basarken ağrı kesici ile geçen sızlama şeklinde ağrınız olabilir.
- Eğer tedavi sonrasında ağrınız ağrı kesici ile geçmiyor, dişinizin etrafında veya yüzünüzde şişlik oluşuyorsa diş hekiminize başvurunuz.
- Tedavi yapılan dişinizin üst yapısı (dolgu, kuron, köprü) henüz tamamlanmadıysa o diş üzerinde sert gıdalar yemeyiniz. Dişiniz kırılabilir.
- Kök kanal tedavisi yapılan dişte yeni diş çürüğü oluşumunu engellemek veya enfeksiyonun kontrolü için iyi ağız ve diş bakımı şarttır. Bunun için tedavi sonrasında dişlerinizi düzenli olarak fırçalayınız ve diş ipi kullanınız.
- Tedavinizin başarısının değerlendirilebilmesi ve uzun dönemde daha ciddi tedavi ihtiyaçlarınızın oluşmaması için 6 ayda bir diş hekiminizi ziyaret ediniz.

HEKİME ULAŞIM BİLGİLERİ

Tedavilerinizle ilgili yardım veya bilgiye ulaşmak için aşağıdaki numarayı arayabilirsiniz.

Tel:

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan dişhekimi tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan işlemin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere isimli kişiyi yetkili kılıyorum

(Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın yakını/ yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

Hasta

İmza Tarih / Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın yakını / yasal temsilcisi İmza Tarih/ Saat

Adı-Soyadı (el yazısı ile)

Hastanın onay verememe nedeni (Dişhekimi dolduracak):

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan tedavi işlemi, bu tedavinin nedeni ve faydaları, işlem sonrası gereken bakım, beklenen riskler, işlem için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, yapılacak işleme yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Dişhekimi İmza Tarih/ Saat

Adı Soyadı :

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise ;

Hastaya dişhekimi tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın

İmza Tarih/ Saat

Adı Soyadı (el yazısı ile) :