Değerli hastamız, ... Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'nde yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir. Bu onam; uygulanacak tüm işlemler sırasında karşılaşılması muhtemel yan etkiler (komplikasyonlar) hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmenizi sağlamak ve bu bilgiler ışığında muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi gösterir belge olarak size (hasta veya kanuni temsilcisi) imzalatılmaktadır.

HEKİM KAŞE-İMZA ONAM TARİH VE SAAT / /20....

ANESTEZİ

Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı -İşlemden beklenen faydaları:İşlem diş hekimi tarafından klinikte diş koltuğunda uygulanacaktır. Anestezik maddenin enjeksiyonu işlemidir. İşlemin ağrısız ve konforlu yapılması amaçlanmaktadır.

İşlemin tahmini süresi:3-5 dakikadır.

Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın üzerindeki muhtemel etkileri: Anestezi yapılmasının hasta tarafından istenmediği durumlarda işlem sırası ve sonrasında ağrı oluşacağı bilinmeli buna bağlı ani tepkiler verilip istenmeyen yaralanmalar oluşabileceği, hasta ve hekim konforunun kaybolacağı, bazı işlemlerin (örneğin çekim) anestezi sağlanmadan yapılamayacağı bilinmelidir.

İşlemin riskleri, komplikasyonları- Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar: Uygulanacak lokal anestezik maddelere veya kullanılacak malzemelere karşı daha öncesinde sorun yaşanmamasına rağmen alerjik reaksiyon gelişebilir, lokal anestezi işlemine bağlı olarak dişetinde hassasiyet, geçici yüz felci, kızarma, morarma, şişlik, ağzın açılamaması, gözün kapanması gibi sorunlar olabilir, enjektör ve kullanılan bazı aletler işlem sırasında kırılabilir, bu parçalar istem dışı yutulabilir. Enjeksiyon bölgesinde birkaç gün süren ağrı, kanama, ödem, hematom, renk değişikliği; trismus (çene açmada güçlük) oluşabilir. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 1-4 saat hissizdir, bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme, içme önerilmez. Özellikle çocuklarda dil ve dudağın uyuşuk kısımlarını ısırmaya karşı korumaya özen gösterilmesi gerekir aksi durumda yaralanmalar meydana gelir. Korku, heyecan, açlık durumlarına bağlı senkop (bayılma) ve hipotansiyon (tansiyon düşmesi) gelişebilir, alkol ve madde kullanımında anestezi etkisi azalabilir veya oluşmayabilir. Çok nadir de olsa deri döküntüsü şeklinde alerjiler ve hatta ölüme bile neden olabilen alerji (anaflaktik şok) gelişebilir. Bunların hiçbiri olmayabilir. Hasta;mutlaka açlık, gebelik, var olan hastalık (kalp, şeker, tansiyon vb.), bulaşıcı hastalık, kullanılan ilaçlar ve alerjisi olup olmadığı konusunda hekimini bilgilendirmelidir.

Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar: İşlem öncesinde rutin kişinin kullandığı ilaçlarını kullanması ve tok olarak gelmesi gerekmektedir. İşlemin yapılmasına engel olabilecek hastalık ya da kan sulandırıcı ilaç vb. kullanılması durumunda hekime mutlaka haber verilmelidir. Sonrasında hekiminizin verdiği tavsiyelere uyunuz, beklenmeyen durumlarda hekiminize başvurunuz. İşlem sonrasında bilgilendirme formunda yazılanlara lütfen uyunuz. İşlem esnasında yapılan anestezi sonrasında eğer hekim belirttiyse belirtilen süre zarfında yiyecek-içecek tüketmeyiniz.

İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar: Anestezi yapılmasının hasta tarafından istenmediği durumlarda işlem sırası ve sonrasında ağrı oluşacağı bilinmeli buna bağlı ani tepkiler verilip istenmeyen yaralanmalar oluşabileceği, hasta ve hekim konforunun kaybolacağı, bazı işlemlerin (örneğin çekim) anestezi sağlanmadan yapılamayacağı bilinmelidir.

İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

	işlemin ağrı nedeni ile yapılamamasıdır. **Varsa işlemin alternatifleri:** Hekimin gerekli görmesi durumunda ile sedasyon veya genel anestezi altında işlem yapılabilir. **Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabilecekleri:** Hastanemizde 24 saat acil nöbeti mevcuttur. İhtiyaç duyulan durumlarda istenilen saatte başvurulabilir.
SABİT PROTEZ	**Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı -İşlemden beklenen faydalar:** İşlem diş hekimi tarafından klinikte diş koltuğunda ölçü alımı ve provaları, protez teknisyeni tarafından laboratuarda diğer işlemler yapılır. Eksik veya dolgu ile düzeltilemeyecek dişlerin tamamlanması amaçlanmaktadır. **İşlemin tahmini süresi**: İşlemin ortalama süresi ağız işlem için hazır hale getirildikten sonrayaklaşık 20 iş günüdür. **Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın üzerindeki muhtemel etkileri:** İşlemin alternatifi; diş hekiminin uygun gördüğü bireylerde implant ya da hareketli protez uygulamasıdır. İşlemin riskleri, komplikasyonları- Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar: Sabit protez uygulaması sonrasında dişlerde soğuk-sıcak hassasiyeti, ağrı, ağız bakımı yetersiz olursa diş etinde kanama oluşabilir. Protez yenilenecekse; protez çıkarılırken protezde ve dişte kırılma, çatlaklar oluşabilir. Mevcut dişin tamamen yerinden çıkması ile protez planlaması (yeni bir sabit veya hareketli protez olarak) değişebilir. Diş kesimi sonrasında kesilen dişe kanal tedavisi, çürük olan dişlere de dolgu gerekebilir. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar anestezi bölümünde detaylı olarak anlatılmıştır. **Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri:** Anestezik maddeler kullanılacaktır, anestezi bölümünde detaylı olarak anlatılmıştır. **Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar:** İşlem öncesinde rutin kişinin kullandığı ilaçlarını kullanması ve tok olarak gelmesi gerekmektedir. İşlemin yapılmasına engel olabilecek hastalık ya da kan sulandırıcı ilaç vb. kullanılması durumunda hekime mutlaka haber verilmelidir. İşlem sonrasında hekiminizin verdiği tavsiyelere uyunuz, beklenmeyen durumlarda hekiminize başvurunuz. İşlem sonrasında bilgilendirme formunda yazılanlara lütfen uyunuz. İşlem esnasında yapılan anestezi sonrasında eğer hekim belirttiyse belirtilen süre zarfında yiyecek-içecek tüketmeyiniz **İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:** Tedavi yapılmazsa;dişlerde uzama, yer değiştirme, kullanılmamaya bağlı çürük, fonksiyon kaybı ve eklem problemi gelişebilir. **Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabilecekleri:** Hastanemizde 24 saat acil nöbeti mevcuttur. İhtiyaç duyulan durumlarda istenilen saatte başvurulabilir. *> Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümlerine göre ödenecek olan katılım payının, SUT fiyat tarifesinde değişiklikler olabileceğinden dolayı son* *yayınlanan SUT fiyat listesine göre katılım payı ödeyeceğimi kabul ediyorum.*

Benim/ kanuni temsilcisi olduğum hastanın; Tedavimi yapacak hekime genel sağlığım, kullandığım ilaçlar ve özel sağlık durumum hakkında tam ve doğru bilgiler verdiğimi beyan ederim. Yukarıda verilmiş olan bilgiler ve planlanan tedaviler göz önüne alınarak; yapılacak her türlü diş tedavi işlemleri ile ilgili gerekli bilgilendirme tarafıma yapılmıştır.

Protez işlemi için bana randevu verildi ve taahhütname imzaladım, protez ölçüsü alım aşamasından sonra protezlerimin teslim işlemi yapılana kadar kendi isteğimle devam etmez ve hastaneye bu konuda haber vermezsem aynı protez işlemi ile ilgili 4 yıl süre boyunca tekrar bu kurumdan hizmet alamayacağımı biliyor ve kabul ediyorum.

YAPILACAK GİRİŞİMİ KABUL ETME

BULAŞICI HASTALIK DURUMLARINDAsağlık kurumumu, hekimimi bilgilendireceğimi ve en yakın sağlık kuruluşuna başvuracağımı taahhüt ederim.

Yukarıda belirtilen hususları dikkate alarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu da bilerek tüm bu şartlar altında tedavimin yapılmasını kabul ediyorum.

HASTA VEYA KANUNİ TEMSİLCİSİNİN

YAPILACAK GİRİŞİMİ REDDETME

Yapılacak olan girişimlerin gerekliliği, riskleri tarafıma anlatıldı, girişimleri reddediyorum. Bu reddetmenin getireceği olası tıbbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

HASTA VEYA KANUNİ TEMSİLCİSİNİN

FORMU OKUDUKTAN SONRAÜSTTEKİ KUTUCUĞA OKUDUM ANLADIM YAZIN LÜTFEN.

Adı-
Soyadı:
Tarih:
İmza:

FORMU OKUDUKTAN SONRAÜSTTEKİ KUTUCUĞA OKUDUM ANLADIM YAZIN LÜTFEN.

Adı- Soyadı:
Tarih: **İmza:**

VERİLEN RIZAYI GERİ ÇEKME

Bu formda tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanması için verdiğim rızayı, sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi isteğimle geri çekiyorum.

Adı- Soyadı:
Tarih: **İmza:**