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 Tekrarı,

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

- Daha önce kök kanal tedavisi yapıldığı halde tedavinin başarısız olması,
- Kök kanallarının kök ucuna kadar doldurulmamış olması,
- Kök kanallarının bir veya birkaçının tedavi edilmeden bırakılmış olması,
- Kök kanal tedavisinden sonra kök ucundaki enfeksiyonun iyileşmemesi veya yeni bir enfeksiyon gelişmesi sonucunda dişin çevresindeki yumuşak dokuda şişlik veya fistül (sivilce görünümünde, dişteki iltihabın ağız içine aktığı yol) oluşabilir.
- Bazı durumlarda şişlik yüzde asimetri yaratacak büyüklükte olabilir.
- Bunlarla birlikte iyi yapılmış bir kanal tedavisine rağmen, dişin üst dolgusunun kırılması/düşmesi ve kök kanallarının ağız ortamına açık hale gelmesi de kök kanalı tedavisinin tekrar edilmesini gerektirir.

İŞLEM HAKKINDA BİLGİ

Kanal tedavisi tekrarı genellikle 1 ya da 2 seansta gerçekleştirilebilir.

1. Seansta:
   - Kök kanallarının içerisindeki mevcut kanal dolgusu, mikroorganizmalar ve enfekte dokular uzaklaştırılır,
   - Kök kanallarının şekillendirilmesi ve yıkanması işlemleri tamamlanır,
   - Kök kanallarına antiseptik madde uygulanır.
2. Seansta:
   - Kök kanallarına uygulanan antiseptik madde uzaklaştırılır,
   - Kanal içi enfeksiyon giderilmişse; kök kanalları doku dostu bir kanal dolgu materyali ile doldurulur.
   - Enfeksiyonun devam etmesi veya seanslar arasında dişte ağrı/şişlik olması halinde tedavi seansları arttırılarak, fazla seans yapılması gerekebilir.

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

ALTERNATİF TEDAVİLER

Kanal tedavisi tekrarı işleminin 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.
- Seanslar arasında, dişteki enfeksiyona bağlı olarak ilgili dişin çevre dokularına şişlik oluşabilir.
- 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

Kök kanalı içerisindeki eski dolgunun tamamen uzaklaştırıldığı, mikroorganizmaların elimine edildiği ve tüm kök uçlarına ulaşılarak, kanal dolgusunun yapılabildiği durumlarda; kanal tedavisi tekrarındaki başarı oranı yüksektir. Ancak hastanın genel sağlık durumunun elvermediği, tedaviye yanıt alınamadığı, hastanın tedaviyi kabul etmediği veya anatomik- morfolojik zorluklar nedeniyle kök ucuna ulaşılamadığı durumlarda, diğer tedavi seçeneği, endodontik cerrahi (apikal rezeksiyon) veya dişin çekimi olabilir.

İŞLEMİ REDDETME DURUMUNDA OLASI SONUÇLAR HAKKINDA BİLGİ

Hastanın tedaviyi kabul etmediği durumlarda:

- Diş ve çevre dokulardaki 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 tekrarı yapılırken ağrı kontrolünü sağlamak ve ilgili dişi uyuşturmak amacıyla lokal anestezi uygulanabilir. 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 diş hekimi 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 (Diş hekimi 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

Adı Soyadı (el yazısı ile) :

İmza Tarih/ Saat