HASTA Adı ve Soyadı:	Telefon Numarası:
T.C. Numarası:	Başvuru Tarihi/Saat:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):	Hastalığın Tanısı/Ön Tanı:

BU FORM ve EKLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER AŞAĞIDADIR, LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ...

Bu tedavi ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiye sahip olmanızı istiyoruz. Bu bilgilere sahip olmak en doğal hakkınız olup, tedaviden en üst düzeyde yararlanabilmeniz ve tedaviniz için katılımcı olabilmeniz için aşağıdaki bilgilendirmeleri mutlaka okuyunuz ve anlamadığınız yerleri mutlaka hekiminize danışınız. Tedavinin size sağlayacağı faydaları ve tedavi esnasında az da olsa görülebilecek olan riskler hakkında bilgi sahibi olduktan sonra bu tedaviye bilinçli bir şekilde rıza göstermek veya tedaviyi reddetmek tamamen sizin kararınıza bağlıdır. Vermiş olduğunuz karar doğrultusunda tedaviniz yönlendirilecektir.
Önerilen tedavi için onam (rıza) belgesini imzalasanız bile; istediğiniz zaman bu onamınızı geri çekme hakkı da sizde saklıdır. Fakat; unutmamalısınız ki, “yasal açıdan” onamınızı tedavi başladıktan sonra geri almanız, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.
NOT: Hastanın bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir ve onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır

HASTALIK HAKKINDA BİLGİLENDİRME

TEŞHİS	TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ		PLANLANAN TEDAVİ
	55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11	61 62 63 64 65 21 22 23 24 25 26 27 28	
	48 47 46 45 44 43 42 41 85 84 83 82 81	31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75	

TETKİKLER

LOKAL ANESTEZİ: UYGULANACAK []

Günümüzde kullanılan lokal anestetikler koka yaprağından izole edilen kokain kimyasal türevleridir. Bu maddeler sinir aksonlarına uygulandığında sinir iletimini geçici olarak durdurduğundan yapılan anestizik maddenin miktarına ve yapılış yerine göre 1-4 saatlik bir uyuşukluk sağlar. (Morfinle hiç benzeşmesi yoktur.)
BEKLENEN SONUÇLAR: Yapılacak olan girişimler sırasında (diş çekimi, kanal tedavisi, diş kesimi v.s) sırasında işlem yapılacak bölgeyi uyuşturarak ağrıyı engellemek ve dolayısıyla hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmaktır.
OLASI YAN ETKİ VE RİSKLER: Anestezi yapılmadan hamilelik, herhangi bir sistemik hastalık veya alerjik bir durum varsa muhakkak söylenmelidir.Aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı anestezinin etkisini zayıflatır.Korku, heyecan ya da açlığa bağlı olarak gelişen senkop(bayılma) diye adlandırılan geçici bilinç kaybı oluşabilir. Trismus denilen ağız açma güçlüğü oluşabilir.2-3 haftada kendiliğinden düzelir. Anestezi yapılırken ağrı ya da ödem oluşabilir. Anestezi yapılan bölgeye komşu sinirlerin etkilenmesi sonucu fasiyal paralizi (geçici yüz felci), geçici şaşılık, geçici körlük, kas zayıflığı, kulak memesi, burun ve dil uyuşukluğu oluşabilir. Bunlar anestezinin etkisi geçince tamamen düzelir, ayrıca hasta anestezili bölgeyi kaşır, ısırır veya çiğnerse kendi kendini de travmatize edebilir. Bazen anestezi oluşmayabilir, tekrarlanması gerekebilir. Çok nadir olmakla birlikte anaflaktik(alerjik reaksiyon sonucu) şok görülebilir. 2-4 saat sonrasında anestezinin etkisi ortadan kalkar.
Anestezi Yapılmazsa; 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. **Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler**: Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-4 saat boyunca hissizdir.Bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez.
Diş Çekimi: UYGULANACAK []
Tedavisi mümkün olmayan diş; aşırı madde kaybı, ağızda kalmış kökler, kanal tedavisi ile yapılamayan veya kanal tedavisi başarısız dişler, sallanan dişler, protez yapmak yada ortodontik tedavi amaçlı çekim yapılabilir.
TEDAVİDEN BEKLENEN SONUÇLAR: Ağrı, enfeksiyon odakları, kronik apseler ortadan kaldırılır, Protetik ve ortodontik tedaviler için ağız hazırlanır. Enfeksiyon vücudun diğer organlarına yayılarak zarar vermesi engellenir.
TEDAVİ YAPILMAZSA: Diş çekimi gereken bir dişin çekiminin yapılmaması sonucu bu dişler ağrı, şişlik, hatta çenede kemik kayıplarına neden olabilmekte, çekim yapılmayan enfekte süt dişleri/ kök artıkları, altta kalan daimî dişlere de zarar verebilmektedir.
OLASI YAN ETKİ VE RİSKLER: Çekilen dişin komşu ve karşılığı dişler zarar görebilir, çekim sırasında diş kırılabilir. Ameliyathaneye sevk edilebilir, baskı ve ağrılar oluşabilir, şişlik veya yüzde renk değişikliği oluşabilir. Bunların hiçbiri de oluşmayabilir. İşlem sonrası kanama olabilir. Üst arka grup dişler kırılıp, kırık parça sinüs kanalına kaçabilir, sinüs perfore

olabilir. Bunun sonucu ilave uzman müdahalesi gerekebilir. Kök parçası veya kırık alveol kemiği kalmışsa; alveol kemiği veya doku içerisinde kök parçası riskli /gerek görüldüğü durumlarda hekimin kararı doğrultusunda operasyonun riski açısından yerinde bırakılabilir.

TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER: Hasta işlem bölgesine yerleştirilen tamponu 30 dakika boyunca ısırmalıdır.Tampon çıkarıldıktan sonra ilk gün sızıntı şeklinde kanama, şişlik, yüz ve boyun bölgesinde morarma olması normaldir.Bu süreçte hasta ağzı çalkalamamalı, tükürmemeli, pipetle meyve suyu v.b. ürünler tüketmemelidir. Ağır efor gereken etkinliklerden uzak durmalı gerekirse gece yarı oturur pozisyonda yatmalıdır.İşlem bölgesine dışarıdan buz uygulanabilir.Hekimin belirttiği süre boyunca sıcak ve taneli besinler tüketilmemelidir.Yara bölgesinin temizliğine özen gösterilmelidir.Dikiş atıldıysa hekimin belirttiği süre zarfında dikişler alınmalıdır.Eğer işlem bölgesinde geçmeyen veya gittikçe şiddetlenen ağrılar mevcutsa derhal hekiminize başvurunuz.

ÇEKİM İŞLEMİNİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA: Yaygın enfeksiyon, fonksiyon kaybı ve ağız kokusu oluşur. İşlemim alternatifi yoktur. Çekim süresi sartlara göre değişir.

ONAM (RIZA GÖSTERME)

Yapılacak tedavi konusunda yazılı bilgi aldım. Anlamakta güçlük çektiğim konularla ilgili olarak sorumlu hekime sorular sordum ve sorularıma yeterli ve anlayabileceğim kadar açık ve net cevaplar aldım. Tedavi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek reaksiyon riskleri konusunda bilgilendirildim. Bu yöntemi reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavinin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim. Uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim. Bu “bilgilendirilmiş hasta onam formu” nda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

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.

OKUDUM, ANLADIM, ONAY VERİYORUM.

(Lütfen SON cümleyi, adınız ve soyadınızı el yazınız ile yazarak imzalayınız)

. . . .

Hastanın onamı (Mümkünse): *Adı Soyadı:* *Tarih/Saat:* *İmza:*	Tercümanın (İhtiyaç Halinde): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmzası:	Tanık-Şahit (İhtiyaç Halinde Sağlık Personeli): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmzası:
Hasta Velisi/ Vasisi (Yakınlık Derecesi): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	Hasta Velisi/ Vasisi (Yakınlık Derecesi): Adı Soyadı: Tarih/Saat: İmza:	Bilgilendirmeyi Yapan Hekim: Adı Soyadı/Unvanı: Tarih/Saat: İmza:

(Kanuni yeterliliği olmayan hastalar için Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından, 18 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafından doldurulacaktır.)