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-SAAT** **..../..../20....**

| | |
|---|---|
| **ANESTEZİ** | **Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı -İşlemden beklenen faydalar:**İşlem diş hekimi tarafından klinikte diş koltuğunda uygulanacaktır. Anestezik maddenin enjeksiyonu işlemidir. İşlemin ağrısız ve konforlu yapılması amaçlanmaktadır.<br><br>**İşlemin tahmini süresi:**3-5 dakikadır.<br><br>**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.<br><br>**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.<br><br>**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 yapılamasına 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.<br><br>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.<br><br>**İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:** işlemin ağrı nedeni ile yapılamamasıdır.<br><br>**Varsa işlemin alternatifleri:**Hekimin gerekli görmesi durumunda ile sedasyon veya genel anestezi altında işlem yapılabilir.<br><br>**Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabilecekleri^**<br>Hastanemizde 24 saat acil nöbeti mevcuttur. İhtiyaç duyulan durumlarda istenilen saatte başvurulabilir. |
| **APİKAL REZEKSİYON(KÖK UCU REZEKSİYONU** | **Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı -İşlemden beklenen faydaları:**Diş hekimi tarafından, diş kliniğinde steril malzemeler ile cerrahi kuralarla uygun şekilde lokal anestezi altında yapılır. Kök ucunda iltihap olan dişler kanal tedavisi ile tedavi edilir. Eğer bu tedaviye cevap alınamıyorsa ön grup dişlerin daha uzun süre estetiği sağlaması ve fonksiyonda tutulması amacıyla kanal tedavisini takiben kök uçları iltihaplı dokuyla beraber uzaklaştırılır. Bu işlem için iltihabi dokunun röntgende gözlenen boyutuna göre bir kesi planlanıp lokal anestezi altında yapılır. Bölge bol serumla yıkanır, dikiş atılır, tampon konulur. Yapılan işlem ile ilgili diş ağızda kalması amaçlanmaktadır.<br><br>**İşlemin tahmini süresi**: 15 dk - 45 dk arasında değişebilir. Süre şartlara göre değişkendir.<br><br>**Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın üzerindeki muhtemel etkileri:**İşlemin alternatifi yoktur.<br><br>**İşlemin riskleri, komplikasyonları :** Kanal tedavisinde;**a**ğrı, diş kaybı , kanal aletlerinin kanal içinde kırılması, kanal yıkama solüsyonuna karşı hassasiyet, tedavi sonrasında ağrı, dişte bulunan yapısal olumsuzlukların röntgen ile belirlenemediği vakalarda tedavi aşamasında çekim gerekebilir. Dolgu sonrası dişte; kırılma, dolguda düşme, soğuk-sıcak hassasiyeti ve ağrı olabilir.<br><br>Diş, operasyon sonunda travma ve streslere dayanıklı olamayacağından gerekli hallerde dişin boyu bir miktar kısaltılabilir. Bu işlemin operasyon sonrasında kanama, enfeksiyon, şişlik gibi operasyona bağlı istenmeyen etkileri görülebilir. Doktorunuz bu durumlarda gereken müdahaleyi yapacaktır. Apikal rezeksiyon uygulanmış dişlerin kök ucuna bazı hallerde dişin kanalına sızıntıyı önlemek ve daha iyi bir tıkama sağlamak amacıyla dolgu maddesi yerleştirmek gerekebilir. Bu işlem kök ucu uzaklaştırıldıktan sonra yapılır ve daha sonra operasyon bölgesinde dolgu artığı kalıp kalmadığı kontrol edilir ve rutin işleme devam edilir.<br><br>**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 yapılamasına engel olabilecek hastalık ya da kan sulandırıcı ilaç vb. kullanılması durumunda hekime mutlaka haber verilmelidir. Atılan dikiş 1(bir) hafta sonra alınmalıdır. Bu bir haftalık süreçte hastaya bir takım ilaçlar kullandırılır (antibiyotik+gargara=enfeksiyonu kontrol altına almak ve yarayı temiz tutmak için Analjezik=ağrıyı kontrol altına almak için).

**Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri:**Anestezik maddeler kullanılacaktır, anestezi bölümünde detaylı olarak anlatılmıştır.

**İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:**Uygulanmaması durumunda; ilgili dişin çekilmesi gerekir. Çekim boşluğu protez uygulamaları ile restore edilebilir. Uygun şekilde yapılmış bir kanal tedavisinden sonra yapılan apikal rezeksiyon operasyonunun başarı oranı çok yüksek olmasına rağmen tekrarlayıcı operasyonlar gerekebilir.

**Varsa işlemin alternatifleri:**İşlemin alternatifi diş çekimidir.

**Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabilecekleri:**
Hastanemizde 24 saat acil nöbeti mevcuttur. İhtiyaç duyulan durumlarda istenilen saatte başvurulabilir.

**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.**

**YAPILACAK GİRİŞİMİ KABUL ETME**

**BULAŞICI HASTALIK DURUMLARINDA**sağlık 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***

**FORMU OKUDUKTAN SONRAÜSTTEKİ KUTUCUĞA OKUDUM ANLADIM YAZIN LÜTFEN.**

**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:**

| | |
|---|---|
| **Adı-**<br>**Soyadı:**<br>**Tarih:**<br>**İmza:** | **VERİLEN RIZAYI GERİ ÇEKME**<br><br>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.<br><br>**Adı- Soyadı:**<br>**Tarih:**<br>**İmza:** |