| | |
|---|---|
| **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** |
|---|---|---|---|
| | 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 | |
| | 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 | |

**İNTRAORAL (AĞIZ İÇİ) RADYOGRAFİK TETKİK Uygulanacak □**

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesİ İçin diş/çevre dokuların ağız içinden röntgeninin çekilmesi gerekebilir. Röntgen filmi ağız içerisine yerleştirilerek işlem gerçekleştirilir.

Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır. 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 radyografileri alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez.

**Olası riskler**: Röntgen filmi çekimi sırasında hastanın bulantı refleksi tetiklenerek bulantı ve bazen kusma oluşması. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir.

**EKSTRAORAL(AĞIZ DIŞI) RADYOGRAFİK TETKİK Uygulanacak □**

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için çene yüz bölgesinin röntgeninin çekilmesi gerekebilir. Röntgen filmi ağız dışında konumlandırılarak işlem gerçekleştirilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır.

**Radyografik tetkikten beklenenler**: Şikayet bölgesinin ayrıntılı incelenerek şikayete nedenolan diş ya da kemik bölgesinin belirlenmesi.
**Radyografik tetkik yapılmazsa:** Şikayet nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir. Tedavi sonrası kontrol radyografileri alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez.
**Olası riskler:** İşlem sırasında en az 20 saniye hareketsiz kalınması gerekli olduğundan hareket edilirse filmin kötü çıkması ve tekrar çekilme durumunun söz konusu olması. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa

radyasyona hassas organlar etkilenebilir.

**HAREKETLİ BÖLÜMLÜ PROTEZLER Uygulanacak □**

**Alt Çene □ Üst Çene □ Alt Üst Çene □**

Hareketli bölümlü protezler, bir veya birden fazla diş eksikliği olduğunda kullanılan, dişler ve dokular (damaklar) tarafından desteklenen, plastik ve/ veya metalden yapılan ve hasta tarafından takılıp çıkartılabilen protezlerdir. Bu tür protezler tutuculuğunu ağızdaki dişlere gelen kancalar (kroşeler) ve/veya hassas tutucular (çıtçıt) sağlar. Protezlerle ilgili her türlü planlama, hekiminiz tarafından yapılır. Protezler, hem klinikte hekimin çalışmaları, hem de laboratuvar işlemleri bir arada yürütülerek hazırlanır.

**TAM PROTEZLER Uygulanacak □**

**Alt Çene □ Üst Çene □ Alt Üst Çene □**

Üst ve/veya alt çenelerdeki dişlerin tamamen çekilmesi durumunda yapılan, damaklar tarafından desteklenen, plastik ve/veya metalden yapılan ve hasta tarafından takılıp çıkartılabilen protezlerdir. Protezlerin tutuculuğu; çene kemiklerinin ve ağız içi dokularının durumuna, dilin büyüklüğüne, konumuna ve sizin proteze göstereceğiniz uyuma bağlıdır. Protezler hem klinikte hekimin çalışmaları hem de laboratuvar işlemleri birlikte yürütülerek hazırlanır.
**Tedaviden Beklenenler** Diş eksikliğini tamamlamak, çiğneme işlevini yerine getirmeyi sağlamak, ağız içindeki eksik dişlerin ve dokuların yerine konulmasıyla daha estetik bir görüntü elde etmek, konuşmayı düzeltmek.

## o İşlemin riskleri-komplikasyonlar:

• **Yeni takılan protezlere alışmada ve uyum göstermede zorluk**: Daha önce hiç tam protez kullanmayan ya da uzun seneler aynı protezi kullanan hastalarda daha sıklıkla gözlenir. Tam protez kullanımı, zamanla öğrenilen bir alışkanlıktır ve mutlak başarı garanti edilemez.
• **Protez bitiminden sonra dişler ve estetik ile ilgili memnuniyetsizlik**: Protezlerin "dişli prova" adı verilen randevu aşamasında hekim tarafından hastanın çene boyutları ve şekli, ten renginiz, yaşınız gibi özelliklerinizi de dikkate alınarak seçilen dişlerle protezin bitim öncesi halinin provası yapılır. Hastanın bu randevuya mümkünse bir yakınıyla birlikte gelmesi, birlikte karar vermesi ve varsa beklentilerini protez bitmeden önce açıklaması gerekir. Protez takıldıktan sonra dişlerle ilgili bir değişiklik yapmak mümkün değildir. Değişiklikler için protezin yenilenmesi gerekir ve **yeni yapılacak protezlerin mali sorumluluğu hastaya ait olur.**
• **Tat almada ve konuşmada zorluk**: Tam protezler alt çenede tüm dişsiz alanları (kemik dokusunu), üst çenede ise dişsiz alanlar ile beraber tüm damağı kaplayacağından, tat almada ve konuşmada zorluk ile karşılaşılabilir. Bu durum zaman içinde düzelecektir.
• **Vuruklar**: Dişeti dokusunda, özellikle kemik çıkıntısı olan bölgelerde, protezlerin basıncına dayanamama sonucu aşırı hassasiyet, ağrılı odaklar ve vuruklar gelişebilir.
• **Bulantı refleksi, aşırı tükürük salgısı veya ağız kuruluğu**: Yeni protezlere alışma aşamasında aşırı bulantı refleksi, aşırı tükürük salgısı veya ağız kuruluğu olabilir. Nadir de olsa bazı kişilerde ağız dokularında, protez yapımında kullanılan maddelere karşı aşırı duyarlılık veya alerjik belirtiler görülebilir.
• **Çiğnemede zorluklar** Protezlerdeki yapay dişlerle gıdaları çiğneme verimi, doğal dişlere göre düşüktür ve bazı gıdalar zor çiğnenebilir, ayrıca yaşlanma ve protezleri destekleyen kemiklerin kaybı ve erimesi çiğnemeyi ve protezlerin ağızda tutulmasını güçleştirir. Özellikle alt çenede yemek yeme sırasında protez altına gıdalar kaçabilir. Bundan başka, özellikle dişler çekildikten sonra ilk aylar iyileşme aşaması devam eder ve damaklar değişir. Bu arada protezler yapıldıysa, iyileşme tamamlandıktan sonra protezler gevşer. Bu durumda astarlama veya besleme işleminin yapılması gerekebilir.
• **Protezlerde kırık ya da çatlaklar**: Protezlerin yapısında kullanılan maddeler kusurlu olmamasına rağmen özellikle aşırı sert gıdaların çiğnenmesi, hekimin önerdiği çiğneme kurallarına uymama, protezin elden düşürülmesi gibi nedenlerle protezler çatlayabilir veya kırılabilir. Protezler bu durumda tamir edilir bazen de yeniden yapılması gerekir.
• **Protezlerde kirlenme ve renk değişikliği**: Tam protezler yapıları gereği bazı mikroorganizmaların ve mantarların tutunmasına neden olur. Protez temizliğinde kullanılacak malzemeler ve protezin nasıl temizleneceği konularında mutlaka hekiminize danışınız.

**Hareketli bölümlü protezlerde bu problem ve risklere ek olarak;**

**Protez yapım süresi:** Hareketli bölümlü protezlerin yapımı ortalama 6-8 seansta gerçekleşir. Randevu aralarının uzatılmaması tavsiye edilir. Tedaviye ara vermek protezlerin ağız dokularına uyumunu etkiler, protezlerin yeniden yapılması gerekebilir. Bu da hastaya ek bir maliyet getirir.
**Mevcut dişlerin düzeltilmesi:** Proteze destek olacak dişlere sabit protez (kaplama) uygulamaları, diş

düzeltmeleri ya da diş yüzeylerinde "tırnak yeri" denilen küçük yuvaların hazırlanması gerekebilir.
**Dişlerde çürük, sallanma:** Bölümlü protezin tutunduğu dişler zaman içerisinde hassas ve/veya sallanır hale gelebilir; dayanak dişler protezin bağlantı bölgeleri ve kancaların olduğu bölgeler aşınabilir, çürüyebilir, kanal tedavisi gerektirebilir. Bazı durumlarda dayanak dişlerin kaplanması ve hatta çekilmesi gerekebilir.

**o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:**
Tam diş eksikliklerinde protez yapılmaması durumunda çene kemiklerinde kayıplar (erime) oluşabilir ve zamanla oluşan bu kayıplar yeni protez yapımını ve proteze uyumu oldukça zor hale getirebilir. Uzun dönem dişsizlik sonucu çene eklemlerinde bozukluklar oluşabilir. Hastada beslenme bozuklukları ve sindirim sistemi problemleri gelişebilir. Eksik dişler protezle tedavi edilmediğinde komşu dişler ve karşıt dişler çekim boşluğuna hareket eder, dişlerin kapanışı bozulur, çürükler, dişeti rahatsızlıkları ve çene kemiklerinde kayıp (erime) oluşur. Estetik ve konuşma bozulur. Uzun dönem dişsizlik sonucu oluşan dişlerdeki hareket ve devrilmeler, zamanla protez yapılmasını imkânsız hale getirebilir. Çene ekleminde rahatsızlıklar ve dişlerde aşınmalar meydana gelebilir.

**o Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar**
• Protezleri hekimin önerileri doğrultusunda düzenli olarak temizlemek, protezleri her akşam çıkarmak ve takılmayan zamanlarda içi su dolu bir kapta muhafaza etmek. Temizleme işlemlerinizi su dolu bir kap üzerinde yapmak ya da lavaboda giderine yakın tutarak temizlemek, protezin düşerek kırılma ihtimalini azaltacaktır.
• Protez temizliğinde farklı amaçlar için kullanılan temizlik maddelerinden (örneğin çamaşır suyu, bulaşık ve çamaşır deterjanları) kaçınmak.Bu maddeler protezin yapısını bozar, genel sağlık açısından da son derece tehlikelidir. Hekiminiz temizleme amacıyla kullanılan maddelerin protezlerde neden olacağı bozulmalardan sorumlu değildir.
• Diş hekiminizin kontrolü olmadan protezde aşındırma, yapıştırma gibi işlemleri kesinlikle yapmamak. Protezle ilgili problemlerinizde mutlaka hekiminize başvurun. Unutmayınız ki protezlerin de bir ömrü vardır. Protezlerinizin yaklaşık dört-beş yılda bir yenilenmesi gerekebilir. Aksi halde değişen dokulara protezin uyumu bozulacak ve kullanım güçleşecektir.

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.

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

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