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

./...
/20...

Riskli Girişimsel İşlemler: Periapikal ve Panoromik Röntgen Çekimi.

İşlemin Kim Tarafından Nerede Ve Nasıl Yapılacağı: İşlemle ilgili gerekli genel bilgilendirme **Diş Hekimi** tarafından; Periapikal ,Panoromik ve Volumetrik Dental Tomografi Çekimi ile ilgili bilgilendirme **Röntgen Teknisyeni** tarafından yapılmaktadır.

İşlemden beklenen faydalar: Teşhis amaçlı bir tetkiktir.

İşlemin Tahmini Süresi: Röntgen çekimi: 5 dk. -15 dk.

Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın üzerindeki muhtemel etkileri: Röntgen Çekimi: Diş ve/veya çenede, gözle muayenede fark edilemeyecek patolojik (hastalıklı) unsurların ve tedavi sırasında oluşabilecek komplikasyonların saptanması.

İşlemin riskleri, komplikasyonları- Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar:

- Diş röntgen filmlerinde maruz kalınan radyasyon normal değerlerin çok altındadır. Yüksek dozda radyasyona

maruz kalındığında aşağıdaki etkenler görülebilir.

Bunlar:

- Anne karnında ölüm,
- Çeşitli malformasyonlar (sakatlık)
- Büyüme ve gelişme geriliği,
- Kanser

Yukarıda bahsedilen zararlar radyasyonun dozuna göre ve gebeliğin hangi döneminde maruz

kalındığına göre değişiklik gösterir.

Gebeliğin döllenmeden sonraki ilk 14 gününde embriyo radyasyona çok hassastır ve genellikle "ya hep ya hiç" kuralına göre gebelik ya tamamen sona erer (düşük veya ölüm) veya gebelik normal olarak devam eder. Bu dönemde anomali veya büyüme geriliğine sebep olduğu gözlenmez. Bu ilk 14 günden sonra yüksek doz radyasyona maruz kalındığında zeka geriliği ve beyin, göz ve diğer organlarla ilgili anomaliler ve büyüme geriliği gelişebilir. 20-25 haftalardan sonra fetus radyasyonun teratojenik (anomali yapıcı) etkilerine daha dirençlidir.

5 rad (5000 mrad) (0.05 Gy) altında radyasyon dozunun gebelik üzerinde düşük, ölüm, anomali, gelişme geriliği, zeka geriliği gibi kötü etkiler gösterdiğine dair kanıt yoktur. 5 - 10 rad arasındaki dozlarla ilgili net bir bilgi olmasa da 10 rad (10000 mrad) (0.1 Gy) dozun üzerinde radyasyon ile konjenital malformasyon riskinin arttığını gösteren çalışmalar daha nettir. Çekilen tanısal röntgenler burada bahsedilen 5 rad (5000 mrad) sınırının çok altında radyasyon yaymaktadır.

Yaklaşık 20 karın filmi (veya karın tomografisi) 5000 mrad sınırına ulaşabilmektedir. Yine yüzlerce diş röntgeni veya göğüs röntgeni ancak bu sınıra ulaşabilmektedir. Bir diş filmi: 0.01 mrad

Ancak yine de hamilelik sırasında gereksiz röntgen çekimlerinden uzak durmak gerekir ve mümkünse karın bölgesini kurşun yelekle korumak gerekir. Acil olmayan röntgen filmleri gebelikten sonraki döneme ertelenmelidir. İşlem için ilaç kullanılmamaktadır.

Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar: Riskli hasta gruplarında (tiroid, göğüs ve akciğer hastalıkları, kanserler ve bağışıklık sistemini zayıflatan hastalıklar) hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilememek için troid koruyucular ve kurşun önlüklerle röntgen çekimi gerçekleştirilir. Bu tür rahatsızlığı bulunan hastaların ilgili diş hekimine ve röntgen teknisyenine hastalığı hakkında bilgi vermesi gerekmektedir. İşlem sonrası için herhangi bir tavsiye bulunmamaktadır.

İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar: Röntgen Çekimi: Gözle görülemeyen bölgelerin değerlendirilememesi, yanlış teşhis, yanlış tedavi..

Varsa işlemin alternatifleri: Periapikal ve Panoromik Röntgen Çekimi işleminin alternatifi yoktur.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşılabileceği: Tetkik ve tedaviniz için gerektiğinde aynı konuda tıbbı yardıma; Ağız ve Diş Sağlığı Hastanemize yeniden başvurabilirsiniz.

HAMİLE VE HAMİLELİK ŞÜPHESİ OLAN HASTALARDA RADYOLOJİK GÖRÜNTÜLEME	**Yapılacak İşlem:** **[___]Periapikal Röntgen Çekimi** **[ ]** **Panoromik Röntgen Çekimi** ..... Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi'de aşağıda adı ve soyadı belirtilen diş hekimi tarafından hamilelikte radyolojik görüntüleme ve komplikasyonları ile ilgili **sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı**, yukarıda yazılanları okuduğumu, doktoruma genel durumumla ilgili doğru bilgiler verdiğimi, bunları göz ününde bulundurarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu bilerek, hamilelik şüphem / hamile olduğum halde, radyasyon koruyucular (kurşun yelek, troid koruyucu vs.) kullanılarak röntgen çekimini kabul ediyorum. **Sistemik Rahatsızlıklarım** 1. 2. 3. ..... 4. ..... **Sürekli Kullandığım İlaçlar** 1. 2. 3. 4. .....

YAPILACAK GİRİŞİMİ KABUL ETME **<u>BULAŞICI HASTALIK DURUMLARINDA</u>**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***	**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:**