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:

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

Sabit protez gereksinimi aşağıdaki bir ya da birkaç nedenden kaynaklanabilir.

Kanal tedavisi yapılmış madde kaybı fazla olan dişlerin ileride kırılmasını önlemek için koruyucu olarak,

Dişinizdeki görünmeyen çatlaklar yüzünden duyduğunuz aşırı hassasiyetin giderilmesi için, Kırılmış diş ya da dolgularda,

Aşınma ve çürük varlığında,

Dişinizin rengi ve formu ile ilgili kaygılarınızdan kaynaklanan ve estetik amaçlarla, Karşıt çene ile uyumsuz kapanış nedeni ile çiğnemede duyulan yetersizlik, Fonksiyon dışı alışkanlıklardan dolayı (kalem ısırma, tırnak yeme, vb.) aşınan dişlerde, Kaza sonucu oluşan kırıklarda,

Hassas bağlantılı protezlerde bağlantı için ve kroşelerin (kancalı) geleceği dişlerde, Çiğneme yükünü her diş üzerine yaymak amacıyla oklüzyon tedavisinde, Aşırı madde kayıplı dişlerin porselen ile yapılan dolgularında (inlay, onlay), Diş çekilen boş alanlara dişlerin istenmeyen hareketlerinin önlenmesinde, Eksik ve çekilmiş dişlerin yerine konmasında,

Diş eksikliği olan bölgelere yapılmış implantın üzerindeki desteklere (abutment) kuron veya köprü gerekebilir.

SABİT PROTEZLER HAKKINDA BİLGİ

Diş veya implant üzerine yapıştırılan sadece hekim tarafından çıkarılan hasta tarafından çıkarılamayan protez türüdür. Diş eksikliğini tamamlamak, çiğneme işlevini yerine getirmeyi sağlamak, ağız içindeki eksik dişlerin ve diş dokularının yerine konulmasıyla daha estetik bir görüntü elde etmek, konuşmayı düzeltmek amaçlarıyla uygulanır. Hastaya kuron, köprü, inley onley, post, laminate veneer, implant üstü kuron ve koprü olarak tedavi seçeneklerini sunar. Sabit protezler, hem klinikte hekimin çalışmaları, hem de laboratuar işlemleri bir arada yürütülerek hazırlanır.

1-Kuron (Kaplama): Doğal dişe en yakın biçimde form ve fonksiyonun sağlanması için yapılır. Bu tedavi,

dolgu ile dişin tedavi edilemediğinde gerekli olur. Tedavi genellikle bir miktar diş dokusunun aşındırılarak küçültülmesini gerekli kılar. Aşındırma ve küçültme miktarı dişlere kullanılacak malzemeye göre değişebilir. Eğer çürük, travma vb. nedenler sonucunda yeterli olmayan miktarda diş dokusu varsa kuron için yeterli destek sağlamak amacıyla tedaviden önce dişe dolgu yapılması gerekli olabilir. Bazen dişin kökünden de destek amaçlı yararlanmak için post (fiber, döküm metal, zirkonya, prefabrike post) ile core uygulaması gerekebilir. Kuron protezi için dişin her yönünden olmak üzere aşındırarak küçültme yapılır. Dişlerin hazırlanması, ölçülerin alınması, geçici kuronların yapılması işlemleri gerçekleştirilebilir. Geçici kuronların tedavi süresince ağızda kalması esastır. Düşerse tekrar yapıştırılması için hekiminizi arayınız, aksi takdirde destek diş hareket edebilir ve daimi restorasyonun uyumu zorlaşır. Dişlerde hassasiyet oluşabilir. Daha sonraki randevularda alt yapı materyalinin provası yapılır ve renk belirlenir. Başka bir randevuda renk, form, boyut provası yapılır ve hasta onayı istenir. Hastanın onayı alındıktan sonra protez yapıştırılır. İşlemler farklı randevulara da bölünebilir. Tedavisi süresini, hasta hekim ve laboratuvar şartları etkiler.

Birkaç şekilde kuron protezi yapılabilir:

—Tam porselen: Metal içermeyen kaplamadır. Görünümü doğal dişe en yakın olanıdır. Metal alerjisi gelişmez; ancak, tedavinin maliyeti metal seramiklere göre fazladır.

— Tam metal: Destek dişte madde kaybı çok fazla olduğunda yapılır. Kuronun tamamı metal rengindedir.

— Metal-Porselen: Metal altyapı üzerine porselen kaplanır, görünen yüzde metal yoktur. Ancak bazen damak tarafında, dişetine yakın bölgelerde metal bir şerit görülebilir. Bazı durumlarda, dişlerin çiğneyici yüzeylerinin de metal bırakılması gerekebilir.

2. **Köprüler:** Eksik veya çekilen bir dişin yerine yapay diş konması için dişsiz bölgeye komşu olan en az iki dişin aşındırılmasını gerekli kılar. Köprüler, kuronlar (kaplama) ile aynı materyallerden ve benzer aşamalarda yapılır. Protezin ömrü ile ilgili herhangi bir garanti verilemez kişisel bakım, düzenli hekim kontrolü ile değişebilir. Doğal ve sağlam dişlerinin aşındırılmasını istemeyen hastalar için köprüye alternatif tedaviler olarak takılıp çıkarılan hareketli protezler ya da eğer ağız uygun ise implant destekli sabit kuron ve köprüler yapılabilir.

3. **Porselen inley ve onley'ler:** Diş renginde ve formunda, dişin içine ya da üzerine yapılan porselen dolgulardır. Yapılması için ölçü alınır. Hazırlanan inley veya onley diş renginde yapıştırıcılarla yapıştırılır.

4. **Porselen lamine veneerler:** Porselen lamine veneer, diş renginde özel yapıştırıcılarla yapıştırılan ve genellikle dişin ön yüzü ile sınırlı, ince porselen tabakalardır. Estetik ve fonksiyon amaçlarla uygulanır. Dişin ön yüzünden yaklaşık 0.5-0.7 mm ve mine seviyesinde sınırlı kalmak kaydı ile diş aşındırılır. Aşındırma ve küçültme miktarı dişlere kullanılacak malzemeye göre değişebilir. Ölçü alınır. Hazırlanan porselen lamine venerler hastanın onayı alınarak dişe yapıştırılır.

5. **İmplant üstü kuron ve köprüler:**. Tedavi planlaması yapıldıktan sonra yerleştirilmiş implantların üzerinden ölçü parçaları ile ölçü alınır. Uygun protez ara parçası seçilir. Köprüler, kuronlar (kaplama) ile aynı materyallerden ve benzer aşamalarda yapılır. Hazırlanan vidalı veya yapıştırılabilen kuron veya köprüler gerekli uyum ve estetik için yapılan provalardan sonra hasta onayı alınarak teslim edilir. İmplantlar, implantların yerleşimi, protetik üst yapı parçaları ve protezleri, takip döneminde gereken tedavi masrafları hastaya aittir.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Bölümlü hareketli protezlerdir.

TEDAVİYE AİT OLASI KOMPLİKASYONLAR VE RİSKLER

Dişlerin aşındırılması (kesilmesi): çürüyen, kırılan veya köprü ile eksik dişin yerine konması için dişlerin aşındırılarak küçültülmesi gerekir.

Dişlerde hassasiyet: Sıklıkla dişlerin aşındırılması kuron ya da köprünün yapıştırılmasına kadar geçen zamanda dişler hassasiyet gösterebilir. Kısa bir süre içerisinde bu hassasiyet geçebilir.

Kuron veya köprü yapılacak dişe kanal tedavisi uygulamak gerekebilir.

Kırılmalar: Kuron ya da köprü protezlerinde çatlama ve kırılmalar oluşabilir.

Rahatsız edici ve ağızda yabancı cisim varmış hissi: Bu durum doğal dişlerle yapay diş olan kaplamaların dil tarafından farklı hissedilmesi ile oluşur.

Estetik görünüm: Son yapıştırma işleminden önce hasta protezin kabul edilebilir görünümde olduğunu onaylamalıdır. Ancak hasta tarafından kabul edilen protez hastaya uygulanabilir. Sabit protezler estetik, şekil, renk ve büyüklük açısından her zaman hastanın beklentilerini karşılayamayabilir. Tedaviye başlamadan önce hasta beklentilerini mutlaka hekime iletmeli, beklentilerinin ne oranda gerçeğe dönüşebileceği konusunda hekimden bilgi almalıdır. Hasta prova aşamalarında ise protezinin görünümünü ve rengini kabul ettiğini onaylamalıdır. Yapıştırıldıktan sonra protezlerde renk ve estetikle ilgili değişiklik yapmak mümkün değildir. Protezin yapıştırılması sonrası hassasiyet: Yapıştırma işleminden sonra hekiminiz başka türlü önermedikçe 2-3 saat bir şey yenilmemelidir. Sabit protez uygulaması sonrasında dişlerde bir süre soğuk sıcak hassasiyeti olabilir. Uzun süre devam eden veya artan ağrılarda hekiminize danışmanız gerekir.

Kullanılacak dental materyaller alerjik reaksiyonlara neden olabilir.

Protezin ömrü kullanan kişiye göre değişir. Protezin ömrü ile ilgili herhangi bir garanti verilemez.

Dişeti problemleri: Sabit protezlerin yapım safhalarında ilgili dişlerde dişeti problemleri, dişeti kanaması, dişetinde şişme veya protez takıldıktan sonra dişeti çekilmesi gibi problemler oluşabilir. Ağız bakımına dikkat edilmesi bu problemlerin etkisini en aza indirmede önemlidir. Devam eden problemlerde hekiminize başvurmanız gereklidir.

Ölçü veya laboratuvar işlemlerinde oluşabilecek aksaklıklardan dolayı randevu veya işlemlerin tekrarlanması gerekebilir.

Postlar zamanla çeşitli nedenlerden dolayı kırılabilir, düşebilir veya diş kökü kırıklarına neden olabilir, bu durumda dişin çekimine karar verilebilir.

Protezinizin yapıştırıcısının kısmen veya tamamen gevşediği durumlarda mutlaka zaman geçirmeden hekiminize başvurulmalıdır. Yapıştırıcının gevşemesi ilgili protezin yutulmasına, dişte zamanla ileri derece çürüklere, ağrıya ve hatta dişin çekimine kadar gidebilen tedavisi zor problemlere yol açabilir.

İmplant cerrahisi sırasında çeşitli sebeplerle istenmeyen pozisyonda konumlanmış bir implant varsa üzerine protez yapılamayabilir.

İmplant üstü sabit protezin provaları sırasında implant parçalarının ağza düşmesi sonucu kontrolsüz bir şekilde yutulması veya soluk borusuna kaçırılması gibi istenmeyen durumlar ile olabilir.

İmplant üstü protez parçalarında kırık ve çatlamalar, vidalarda kırık ve gevşemeler vidalı kuron ve köprü protezlerinde kapatıcı malzemenin çıkması görülebilir.

İmplant üstü protezin cerrahi aşamadaki ya da iyileşme sürecindeki bazı aksaklıklar, size önerilen tedavi planlamasının dışına çıkılmasını ya da bu tedavi planının gerçekleştirilebilmesi için ekstra malzemelerin kullanımını gerektirebilir. Yeni tedavi planlaması sizin onayınızla gerçekleştirilecektir. Ancak yine de bu planlamada kullanılacak bazı malzemeler için tekrar ödeme yapmanız gerekebilir.

İmplant üstü protezlerde hasta tarafından temizlenebilme amacıyla hazırlanan alanlara gıda sıkışması, hava kaçması görülebilir.

Protetik malzemeye alerji, dişeti hastalıkları, ağız bakım ve sağlığının sürdürülememesi, diğer ağız hastalıkları veya sistemik hastalıkların ağız bulguları nedeni ile protezler ve/veya implantların kaybı gibi sorunlarla karşılaşma riski vardır.

Biyolojik dokular üzerinde çalışıldığı ve çeşitli aşamalardaki öngörülemeyen etkenler nedeniyle tedavi planlamasında değişiklik yapılması gerekebilir. İmplant üstü protezler zaman içinde yenilenme gereksinimi gösterebilirler. İmplantlar zarar görmediği sürece bu durum sadece protezin yenilenmesi işleminden başka bir işlem gerektirmez. Ancak bu tedaviler için ücret ödemeniz gerekebilir.

Ağız bakımına dikkat edilmesi oluşabilecek problemlerin etkisini en aza indirmede önemlidir. Meydana gelen sorunlarla ilgili olarak kabul edilebilir zaman dilimi içerisinde başvurmak hastanın sorumluluğundadır.

TEDAVİNİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ

İşlem diş hekimliğinin rutin bir işlemi olup başarı oranı oldukça yüksektir. Sabit protezlerin tüm sağlık girişimlerinde olduğu gibi bir garantisi yoktur. Dişin konumu, hastanın işlem sırasında ve sonrasında iş birliği, yapılacak ek tedaviler başarı oranını etkilemektedir. Her tedavide olduğu gibi komplikasyon görülebilir, bunlar size açıklanmıştır. Tedavinin kısa ve/veya uzun dönem başarısı rutin kontrollere bağlıdır.

TEDAVİYİ REDDETME DURUMUNDA OLASI SONUÇLAR HAKKINDA BİLGİ

Aşırı harabiyetli dişlerde kırılmalar, diş eksikliklerinin diş veya implant destekli köprü protezler ile tedavi edilmediği durumlarda çiğneme işlevinde yetersizlik, dişlerin boşluğa doğru kayması veya uzaması, dişlerde aralanma ve estetik problemler, boşluğa komşu dişlerde çürükler, dişeti problemleri gelişebilir.

YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

Günlük ağız ve sabit protez bakım işlemlerini yerine getirmeniz, tedavinin başarısını artıracaktır. Genel sağlık problemleri, beslenme alışkanlıkları, düzenli diş kontrolleri protezinizin ömründe etkilidir. Tedavinizin başarısının değerlendirilebilmesi ve uzun dönemde daha ciddi tedavi ihtiyaçlarınızın oluşmaması için 6 ayda bir diş hekiminizi ziyaret ediniz

RADYOGRAFİK GÖRÜNTÜLEME HAKKINDA BİLGİ

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında implant, 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. Hekiminiz ihtiyaç duyduğu durumlarda daha ileri görüntüleme tetkikleri talep edebilir. Bu tetkikler klinik ortamında bulunmayabilir, dış merkeze yönlendirilebilirsiniz **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

Dişlerin aşındırılması veya hazırlanması esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar varsa anestezi başarısız olabilir. 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. Hastanın bilinci yerindedir. Ağrının tamamen kaldırılamadığı durumlarda ilave anestezi yapılması veya yardımcı anestezi tekniklerinden yararlanılması gerekebilir.

Olası riskler: Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir.

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 (Dişhekimi 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 İmza Tarih/ Saat

Adı Soyadı (el yazısı ile) :