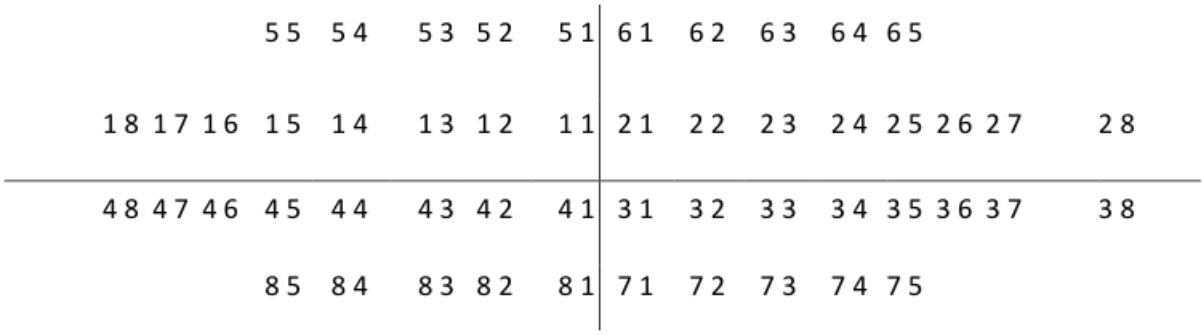
Sayın Hasta/ Hasta yakını/ Yasal Temsilcisi;

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



BİLGİLENDİRME

ÖN TANI:

PLANLANAN TEDAVİ, TAHMİNİ SÜRE:

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

Kayıp diş sert dokusunun restorasyonu, dişlerin fonksiyon ve estetiğinin geri kazandırılmasını sağlar. Restore edilemeyen dişlerde, madde kaybı veya dişlerin ağrısı artabilir. Daha ileri sorunları önlemek ve geriye kalan diş sert dokusunu korumak için restorasyon gereklidir.

İŞLEM HAKKINDA BİLGİ

- Diş Dolguları: Küçük ve orta büyüklükteki diş sert doku kayıplarında: arka dişlerdeki diş çürükleri ve kırıkları cam iyonomer, ışıklı dolgu (kompozit) veya amalgam ile; ön dişlerdeki diş çürükleri, kırıkları, aşınmaları, şekil bozuklukları veya aralıklı dişler ise ışıklı dolgu ile restore edilir.

- Resin-seramik ve Porselen inley / onleyler : İleri madde kaybı olan (derin çürük, aşınma,

kanal tedavili dişler vb.) küçük ve büyük azı dişlerinin tedavisinde veya karşıt çene ile uyumsuz kapanış nedeni ile çiğnemede duyulan yetersizliklerde; direkt dolgu restorasyonu uygulamaları yerine, laboratuvar veya bilgisayar destekli CAD/CAM teknolojisi kullanılarak ağız ortamı dışında indirekt restorasyonlar (inley veya onley) hazırlanır. Geleneksel veya dijital ölçü alındıktan sonra hazırlanan bu restorasyonlar, özel yapıştırıcı materyaller ile dişe yapıştırılır. İnley ve onleyler; diş dokusunun madde kaybını telafi eden, metalsiz porselen veya nano- seramik restorasyonlardır. Bu uygulamada, dişlerin bir porselen kaplamada olduğu kadar fazla kesilmemesi bir avantajdır.

- Porselen Lamina (Yaprak Porselen) : Ön dişlerin şekil bozukluklarında, ileri renk değişikliğinde ve hafif konum bozukluklarında porselen laminalardan yararlanılır. Porselen lamina, özel yapıştırıcı materyaller ile dişe yapıştırılan ve genellikle dişin ön yüzü ile sınırlı olan restorasyonlardır. Yapım aşamasında; dişlerin ön yüzeyi hafifçe aşındırılır, dişlerin kısaltılması gerekebilir. Geleneksel veya dijital ölçü alınır ve gerekli ise geçici restorasyonlar yapılır. Laboratuvar hazırlığı veya CAD/CAM tasarımı ve üretimi yapılır. Restorasyon dişe yapıştırılır. Tedavi süresi restorasyonların sayısına göre 1-7 gün arasında değişir.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Diş restorasyonu tedavisinin alternatifi, ilgili dişte çürük diş pulpa dokusuna (damar-sinir paketi) yaklaşmış ise kök kanal tedavisi, madde kaybı fazla ise kuron restorasyonu, çürük diş eti seviyesinin altında ve restore edilemeyecek konumda ise ilgili dişin çekimidir. Dişin çekilmesi durumunda hasta o bölgedeki çiğneme,

estetik ve fonasyon gibi fonksiyonlarını kaybeder. Çekim sonrası oluşacak boşluğun doldurulması için protetik tedavi veya implant uygulamalarından yararlanılması gerekir.

RADYOGRAFİK GÖRÜNTÜLEME HAKKINDA BİLGİ

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında 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. **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

Diş restorasyonları yapılırken ağrı kontrolünü sağlamak ve ilgili dişi uyuşturmak amacıyla lokal anestezi uygulanabilir. İşlemin yerine göre dental enjektör ile doku içine anestezik solüsyon zerk edilir. Hastanın bilinci yerindedir. Ağrının tamamen kaldırılamadığı durumlarda ilave anestezi yapılması veya yardımcı anestezi tekniklerinden yararlanılması gerekebilir.

Olası riskler: Kısa süreli anestezi yapılan bölgede beyazlama, alt çenede yapılan uyuşturmalarda elektrik çarpma hissi, kısa süreli dudak kayması, gözün tek taraflı olarak geçici bir süre kapatılamaması / az kapatılabilmesi (uyuşukluk geçinceye kadar), kalbinizin hızlı atması, tedirginlik hali, alerji, anafilaksi (hayatı tehdit edici ileri derecede alerji durumu) gibi durumlar ile karşılaşılabilir.

İŞLEMİ REDDETME DURUMUNDA OLASI SONUÇLAR HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Hastanın tedaviyi kabul etmediği durumlarda:

- Dişteki hastalık ilerler,
- Diş kırılarak restore edilemeyecek hale gelebilir,
- Dişte apse oluşarak ağrı ve şişliğe neden olabilir,
- Bunların sonucunda dişin çekilmesi gerekebilir.

Hastanın tedaviyi kabul etmemesinden kaynaklanan tüm sonuçlardan hastanın kendisi sorumludur.

İŞLEME AİT OLASI KOMPLİKASYONLAR

- Tedavi esnasında nadiren hafif bir hassasiyet veya ağızda hafif bir tat değişimi olabilir.
- Çürük dişin pulpasına (damar-sinir paketine) yaklaştığında, çürük kısım

uzaklaştırıldıktan sonra dişe diş dokusunu yenileme özelliği bulunan bir materyal yerleştirilip dolgu işlemine devam edilir. Bu işleme kuafaj tedavisi denmektedir. Dişin yenilenme yeteneğine ve hastanın ağız bakımına bağlı nedenler ile bu tedavi her zaman başarılı olmayabilir. Eğer bu süre zarfında dişte ağrı meydana gelirse kök kanal tedavisi yapılması gerekir.

- Dolgu tedavisi sonrası işleme bağlı olarak nadiren hafif hassasiyet (soğuk, sıcak, ekşi, ısırma esnasında) oluşabilir. Bu hassasiyet en geç 2-3 haftada geçer. Geçmediği taktirde diş hekiminizi bilgilendiriniz.
- Restorasyon sonrasında düzensiz restorasyon kenarları ve yükseklik hissi olabilir. Kullanım esnasında fark edildiğinde diş hekiminizi bilgilendiriniz.
- Restorasyonlar uygulandıktan sonra yanak dudak ve dil ısırmaları görülebilir.
- Diş sıkan veya gıcırdatan hastaların restorasyonlarında kırık veya çatlak oluşabilir.
- Konuşma esnasında bazı harflerin seslendirilmesinde bir süre zorlanılabilir.

İŞLEMİN BAŞARI OLASILIĞI HAKKINDA BİLGİ

Diş restorasyonlarının ömrü; restorasyon aşamaları, hastanın diş dokusu ve tükürük yapısı, beslenme alışkanlıkları ve ağız hijyeni gibi faktörlere bağlıdır.

YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

- Tedavi sırasında lokal anestezi uygulanmışsa anestezinin etkisi geçene kadar bir şey yemeyiniz. Hissetmediğiniz için dilinizi, dudağınızı ısırabilirsiniz.
- Lokal anestezinin etkisi geçtikten sonra iğnenin girdiği yumuşak doku bölgesinde hafif ağrı olabilir.
- Dolgu tedavisi sonrası işleme bağlı olarak nadiren hafif hassasiyet (soğuk, sıcak, ekşi, ısırma esnasında) oluşabilir. Bu hassasiyet en geç 2-3 haftada geçer. Geçmediği taktirde diş hekiminizi bilgilendiriniz.
- Restorasyon sonrasında düzensiz restorasyon kenarları ve yükseklik hissi olabilir. Kullanım esnasında fark edildiğinde diş hekiminizi bilgilendiriniz.
- Diş restorasyon tedavisi yapılan dişte yeni diş çürüğü oluşumunu engellemek veya enfeksiyonun kontrolü için iyi ağız ve diş bakımı şarttır. Bunun için tedavi sonrasında dişlerinizi düzenli olarak fırçalayınız ve diş ipi kullanınız.
- Tedavinizin başarısının değerlendirilebilmesi ve uzun dönemde daha ciddi tedavi ihtiyaçlarınızın oluşmaması için 6 ayda bir diş hekiminizi ziyaret ediniz.

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) :