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.

HAREKETLİ/ SABİT APAREY İLE ORTODONTİ TEDAVİSİ

Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını(kalp, şeker, tansiyon vb.), bulaşıcı bir hastalığı(hepatit gibi), varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması zorunludur. Hekim, gerekli gördüğü takdirde diğer branşlardan konsültasyon isteme hakkına sahiptir.

Tedavimi yapacak hekime kendi genel sağlığım, kullandığım ilaçlar ve özel durumlarım hakkında tam ve doğru bilgiler verdiğimi ifade ederim. Hekimim, yukarıda bahsi geçen tedaviler için oluşabilecek ve aşağıda özetlenen muhtemel yan etkiler hakkında beni sözlü olarak da detaylı bir şekilde bilgilendirmiş, bu tedaviyi reddetmem durumunda karşılaşabileceğim tıbbi sorunlar detaylı olarak anlatılmış, tıbbi uygulamanın gereğince yapılmış olması hâlinde dahi uygulanan tedavilerle ilgili tam bir memnuniyet sözü veya garanti verilmemiştir.

Bu belge uygulanacak olan ortodontik tedavileri, bu işlemlerin yararlarını ve olası risklerini açıklamaktadır. Bilgilendirme sonunda yapılacak tedaviyi kabul etmek ya da etmemek sizin onayınıza bağlıdır.

Hastanın Tanısı/Ön Tanısı: Dental ve/veya iskeletsel bozukluğu

Yapılacak Tıbbi Müdahale: Sabit aparey

Tıbbi Müdahaleyi Kimin Yapacağı Bilgisi:Rıza belgesi sonunda bilgileri mevcut dişhekimi tarafından yapılacaktır.

Tıbbi Müdahalenin Yapılacağı Yer:..... Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

Tıbbi Müdahalenin Tahmini Süresi: Hareketli/sabit aparey tedavisi tahmini süresi 1-3 yıldır. Pekiştirme tedavisi; Hareketli apareyler ile yapılan tedaviler tahmini olarak 6 -12 ay sürebilmektedir, hastanın apareyini hekimi tarafından bildirilen sürelerden daha az kullanması tedavi süresini etkilemektedir.

Hastalığın Muhtemel Sebepleri ve Nasıl Seyredeceği: Dental veya iskeletsel bozukluktur.

Tıbbi Müdahalenin Ne Şekilde ve Nasıl Yapılacağı Bilgisi: Tedavinize başlamadan önce, ara safha ve sonunda tanı ve kayıt amaçlı ortodontik ağız içi ve dışı fotoğraflar, ölçüler ve gerekli röntgenler alınabilecektir. Dişlerinizdeki ve/veya çenelerinizdeki ortodontik problemin giderilmesi için belli bir süreliğine çeşitli apareyler kullanmanız gerekecektir.

Çenelerdeki iskeletsel problemlerin ve bazı dişsel problemlerin ortodontik tedavisi esnasında ağız dışından uygulanan apareylerin kullanılması gerekmektedir. Ağız dışı apareylerden head-gear hastaların bazı durumlarda çeneye uygulanan hareketli apareyler ve lastik bantlar aracılığı ile kullanılır. Gece uyku esnasında lastik bantların uyguladığı kuvvetlerle b azen ağız içi kollar yerinden çıkmakta ve yumuşak dokularda yaralanmalara sebep olabilmektedir. Bu sebepten dolayı head - gear'in uygulanışında dikkat etmek gereklidir.

PEKİŞTİRME TEDAVİSİ: Tüm tedavi bitirildikten sonra tedavi sonuçlarının korunması için hekiminizin uygun gördüğü zamana kadar ağız içi hareketli ya da sabit pekiştirme apareyleri kullanılacaktır. Dişlerin kapanışı hayat boyu bir değişim gösterme eğilimindedir. Bu sebepten dolayı **pekiştirme apareylerinin ideal kullanımına rağmen tedavi bitiminden sonra tedavi sonuçlarında geri dönüş oluşabilir**. Apareylerin belirtilen şekillerde kullanılmaması sonucunda tedavi ile elde edilen olumlu sonuçlar kaybedilecek ve tedavi başındaki problemli duruma geri dönüş olacaktır. Ortodontik tedaviler genel olarak estetik amaçlı tedavilerdir. Bundan dolayı bu tedaviyi yaptırıp yaptırmamak büyük oranda kişisel tercihe bağlıdır. Çok nadiren bazı kapanış bozuklukları eklem rahatsızlıklarına neden olabilmektedir. Dişlerin aşırı eğri olduğu bölgelerde diş fırçalama ve arayüz temizliği yeterli miktarda yapılmazsa dişeti problemleri ve çürük riski artabilmektedir.

Diğer Tanı ve Tedavi Seçenekleri ve Bu Seçeneklerin Getirmesi beklenen Fayda ve Riskler ile Hastanın Sağlığı Üzerindeki

	Muhtemel Etkileri: Hareketli/sabit aparey endikasyonu konulan vakaların diğer tedavi seçeneği yoktur. **Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri**: Herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır. **İşlemin riskleri, komplikasyonları- Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar:**Apareyler ilk kullanılmaya başlandığında konuşmakta ve tükürüğünüzü yutmakta güçlük çekeceksiniz. Ancak bir süre kullandıktan sonra bu şikâyetlerde azalma olacaktır. Bu apareyleri kullanırken bazen ağız içinde yaralar oluşabilir. Bu durumda hekiminize başvurduğunuzda yaralanmaya sebep olan kısımlar düzeltilir. Tedavinin başarısı apareyin gerektiği şekilde ve temizliğine dikkat edilerek kullanılmasına bağlıdır. Sabit ağız-içi genişletme apareylerinin hastada üst çene kemiğinin arasındaki birleşme yerinin açılması esnasında hastada baş dönmesi, çift görme, ağrı, göz yaşarması, kulakta çınlama gibi çeşitli yan etkileri de bulunmaktadır. Bu durumda hekiminize başvurduğunuzda işleme bir süreliğine ara verilmektedir. Ağrı ortodontik tedavilerde genellikle karşılaşılan bir etki olduğundan çok aşırı olmadığı takdirde işleme devam edilmektedir. Genişletme işlemi için apareyde bulunan vidanın açılması gerekmektedir, bu işlem sırasında kullanılan vida anahtarının boğaza kaçmaması için dikkat edilmesi gereklidir.

HEKİM
KAŞE-İMZA

ONAM
TARİH-SAAT

..../..../20....

BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA BELGESİ

HAREKETLİ/ SABİT APAREY İLE ORTODONTİ TEDAVİSİ

Nadiren de olsa bu tedaviler sırasında ve sonrasında rahatsızlık ve ağrı, komşu diş ve çevre dokularda yaralanma, dişlerde çürüme ve kalıcı renklenmeler, diş kökünde erime, dişin canlılığını yitirmesi, diş kaybı, diş çevre dokularında kayıp, çene ekleminde rahatsızlıklar, tel vb cisim batması, apareylerin yanlışlıkla yutulması ya da solunum yoluna kaçması, kanama, hissizlik, enfeksiyon, alerjik reaksiyonlar ve bu reaksiyonlara bağlı problemler yaşanabilir. İşlem için ilaç kullanılmamaktadır.

İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar: Endikasyonu olduğu halde tedavi yapılmadığı takdirde dental ve iskeletsel sorunlar devam eder.

Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar: Tedavi öncesi ve sırasında yeterli fırçalanmayan dişlerde; çürük, kalıcı beyaz lekeler ve diş etlerinde iltahap oluşabilir. Diş eti iltahabı zamanla kırmızı renk değişikliğine, kanamaya ve diş eti büyümesine yol açar.Bu nedenle dişler ana ve ara öğünlerden sonra düzenli olarak, tüm gıda artıklarının uzaklaştırıldığından emin olana kadar fırçalanmalıdır. Apareylerinizin zarar görmemesi ve kırılmaması için hekiminizin vereceği yasak listesine tedavi bitene kadar uymanız gerekmektedir. Her yemekten sonra hem apareyiniz hem de dişleriniz temizlenmelidir. Gece yatmadan önce de hem dişleriniz hem de apareyiniz temizlenmelidir. Apareyin temizlenmeden kullanımı hem dişlerinize hem de çevre dokulara zarar verebilir. 18 yaşından küçük hastalarda hasta uyumu ile ilgili tüm sorumluluk tamamen veliye aittir. Veli hastanın diş fırçalanması ve tedaviye uymasını sağlamakla yükümlüdür.

Tüm hareketli ağız içi/dışı apareyler hekiminiz tarafından aksi belirtilmedikçe yemek yerken, banyo yaparken, spor aktiviteleri esnasında ve müzik enstrümanı çaldığınız zamanlarda çıkartılabilir. Bunların dışında apareylerin hekiminiz tarafından belirlenecek sürelerle, gündüz ve/veya gece, kullanılması zorunludur. Herhangi bir sebeple aparey ağızdan çıkartıldığında mutlaka aparey kutusunda saklanmalıdır. Apareyler dişlere kuvvet uyguladığından ilk aşamada ve aktivasyonlarda dişlerde ağrı olacaktır. Apareyin düzenli kullanımı ile ağrılar azalacaktır. Hareketli/sabit ağız içi/dışı apareylerin kaybedilmesi durumunda, ikinci aparey ücreti sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmamaktadır, tekrar uygulanması için sizden malzeme ve buna ilaveten yapım ve tatbik ücreti talep edilecektir. Bu sebepten dolayı apareyin korunmasına ve belirtildiği şekilde kullanmaya özen gösteriniz. Aparey ile ilgili bir sıkıntı olduğunda ortodonti kliniğimizd en randevu almadan lütfen gelmeyiniz. Rutin randevularınıza uymaya lütfen özen gösteriniz, randevu değişiklikleri için en az 3 gün önceden telefonla haber veriniz.

Varsa işlemin alternatifleri: İşlemin alternatifi her hasta için özel olarak değerlendirilir ve hastaya sözlü olarak anlatılır.

Gerektiğinde tıbbi yardıma nasıl ulaşabilecekleri: Gerektiğinde aynı konuda tıbbı yardıma Hastanemizden, Hastanelerin diş polikliniklerinden, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinden ve Diş Hekimliği Fakültelerinden ulaşılabilir.

HAREKETLİ APAREY İLE TEDAVİ □

SABİT APAREY İLE TEDAVİ LJ

Mevcut ortodontik problemlerin neler olduğu, tedavinin neden gerektiği, içerdiği riskler, oluşabilecek problemler, alternatif yöntemler, tedavi sonrasında oluşabilecek değişiklikler, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek olaylar tarafıma açıklandı. Bu onam formunu okudum ve yukarıda yazılmış olan tedavi seçenekleri ve bunların avantaj ve dezavantajları hakkında bilgilendirildim. ..... Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Pedodonti Kliniğinde tedavi ve işlemlerin üzerimde / yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde gerçekleştirilmesine izin veriyorum.

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 alına rak; yapılacak her türlü diş tedavi işlemleri ile ilgili gerekli bilgilendirme tarafıma yapılmıştır.

YAPILACAK GİRİŞİMİ KABUL ETME

BULAŞICI HASTALIK DURUMLARINDAsağlık 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.

YAPILACAK GİRİŞİMİ REDDETME

Yapılacak olan girişimlerin gerekliliği, riskleri tarafıma anlatıldı, girişimleri reddediyorum. Bu reddetmenin getireceği olası tıbbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

HASTA VEYA KANUNİ TEMSİLCİSİNİN

HASTA VEYA KANUNİ TEMSİLCİSİNİN

FORMU OKUDUKTAN SONRAÜSTTEKİ KUTUCUĞA OKUDUM ANLADIM

FORMU OKUDUKTAN SONRAÜSTTEKİ KUTUCUĞA OKUDUM

ANLADIM YAZIN LÜTFEN.

Adı- Soyadı:
Tarih: **İmza:**

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:**