



KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA NO/SAYFA SAYISI
DHUYAM.20	12.03.2024	01	12.03.2024	1 / 2

Sayın hastamız,

Bu form hasta 14 yaşından küçükse velisi, vesayet altında ise vasisi tarafından doldurulur. Velisi/ vasisi yanında olmayan veya bunu bilgilendirmeyen hastaların tedavisine resmen kanıtlanmadıkça başlanmaz.

Dişsel ve tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için fakültemize başvurmuş bulunuyorsunuz.

Fakültemizdeki tüm birimler ve kişiler size en kısa sürede en yüksek yararda hizmet vermek için gereken tüm gayret ve çabayı göstereceklerdir. Sizin de bu sürece katkı vereceğinizi biliyoruz. Size tavsiye edilen ağız ve diş sağlığını ilgilendiren tıbbi, cerrahi ve cerrahi olmayan ve tanıya yönelik işlemler hakkında bilgi sahibi olmak hakkınızdır. Dişsel tedavi ve cerrahi müdahalelerin yararları, olası riskleri ve diğer seçenekler, başarı olasılıkları, iyileşmeyle ilgili olası sorunlar ve tedavi olmamanın olası sonuçlarını öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek veya göstermemek kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sağlığınızla ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve kendinizle ilgili kararlara bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınızla ilgili bilgiler size veya uygun gördüğünüz yakınınıza verilebilir.

Yakınınızın Adı ve Soyadı:.....

Yasal ve tıbbi zorunluluklar dışında bilgilendirmeyi ve tedaviyi reddetme hakkına sahipsiz.

Fakültemizde; diş tedavileri öğretim üyesi ve yardımcıların katılımıyla birlikte gerçekleşir.

Fakülte kliniklerinde tedavi sırasında kişisel eşyaların (para, mücevher, takı, giyecek, cep telefonu vs. kişiye ait eşyalar) sorumluluğu ve güvenliği hastaların kendilerine aittir.

Bu açıklamalar ışığında Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesince verilen ağız diş sağlığı hizmetlerinden yararlanmak, hastalığım ve tıbbi durumuma uygun ayaktan ve yatarak muayene, gerekli tanınal girişimler ve tıbbi tedavilerin hastanede çalışan hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından uygulanmasına, tetkik, teşhis ve tedavi sonuçlarının kimlik bilgilerim gizli kalmak koşuluyla eğitim ve araştırmalarda kullanılmasına onay veriyorum.

- SGK kapsamında sosyal güvenceniz varsa lütfen SGK sitesinden zorunlu bilgilerinizi kontrol ediniz.
- Özel sağlık sigortası kapsamında güvenceniz var ise ilgili firmanın sitesinden sigorta kapsamınız ile ilgili bireysel zorunluluklarınızı ve sigorta kapsamınızı kontrol ediniz.
- Bizimle paylaşmak istediğiniz ve bilmemiz gereken kişisel sağlık bilgileriniz var ise bildiriniz.

DOLGU: Dolguların olabilecek en yakın komplikasyonları; ağrı, yemek yeme sırasında ve/veya ısı değişikliklerinde meydana gelebilecek duyarlılık, dolgu yapılırken veya yapıldıktan sonra dişin kırılması, diğer dişlere zarar verilmesi, çene eklemi rahatsızlıkları, ilaçlara ve/veya anestezi maddelere reaksiyon.

Bazı dişler basit bir dolgudan sonra dahi kanal tedavisine ihtiyaç duyabilir. Dolgular hastalıklı dişleri tedavi etmek için yapılır ve küçük bir ihtimalle bu dişlerin tedavisi sırasında ya da sonrasında kanal tedavisi yapılması gerekebilir. Dolgu yapıldığı sırada veya yapıldıktan sonra olabilecek komplikasyonları öğrendim.

KANAL TEDAVİSİ: Kanal tedavisinin dişin çekilmeden kurtarılması için yapılan bir işlem olduğunu anlamış bulunuyorum. Kanal tedavisinin çok başarılı klinik sonuçlarının olmasına rağmen, biyolojik bir işlem olması nedeniyle hiçbir zaman garantisi verilemeyen bir tedavi olduğunu öğrendim. Tedavi sırasında kök kanalı içerisinde kullanılan aletlerin çok az da olsa kırılma olasılığı bulunduğunu ve bu durumun tedavinin başarısını olumsuz etkileyebileceğini anlamış bulunuyorum.

Bazı durumlarda özellikle de periapikal lezyonlu dişlerde, kanal tedavisi yapıldıktan sonra iyileşme olmazsa, kanal tedavisinin tekrarı, cerrahi girişim ve bazen diş çekiminin zorunlu olabileceği konusunda bilgilendirildim. Kanal dolgusundan sonra yapılacak sürekli restorasyon (dolgu,kuron) gibi işlemlerin ayrı ücrete tabi olduğu konusunda bilgi verildi. Tedavinin detayları ve alternatifleri hakkında soru sorma şansına sahip oldum ve yeterli yanıtlar aldım. Tedavi alternatifleri detaylı bir şekilde anlatıldı; dişin çekimi, hiçbir şey yapılmaması veya tavsiye edilen endodontik tedavi(kanal tedavisi) yapılması konusunda karar verebilecek kadar bilgiye sahip oldum.

ANESTEZİ VE DİŞ ÇEKİMİ: Diş çekimi işlemi sırasında lokal anestezi yapılması gerekir. Diş çekimi ister zor ister rutin bir çekim olsun cerrahi bir işlemdir ve geri dönüşü yoktur. Her cerrahi işlemde olduğu gibi bazı riskler mevcuttur. Bu riskler aşağıdakilerle sınırlı olmamak üzere şöyle sıralanabilir:

Şişlik ve/veya kızarıklık, cerrahi alanda rahatsızlık, ağız köşelerinde gerilmeye bağlı kızarıklık ve çatlama, enfeksiyon gelişmesi ve yaranın geç iyileşmesi, özellikle geniş dolgu ve kuronların varlığında komşu dişin zarar görmesi, trismus (iltihap ve şişmeye bağlı olarak ağız açıklığında kısıtlılık), kanama(şiddetli kanama sık değildir; fakat sızıntı şeklinde kanama birkaç saat devam eder), kök parçalarının tam çıkarılamaması (sinüsler, sinirler veya süt dişlerinin altında sürmekte olan daimi dişler gibi oluşumlara zarar vermemek için bazen küçük kök parçaları bırakılabilir).

Cerrahi işlemlerin çoğu rutindir ve önemli komplikasyonlar beklenmemektedir. Oluşan komplikasyonlar da küçük ve kolayca tedavi edilebilen durumlardır. Pedodonti bölümünde diş çekimi uygun görülen hastalar cerrahi bölümüne yönlendirilmektedir. Genel anestezi altında özellikle tekrarlayan kanal tedavi pansuman işlemleri olabilecek dişler, aşırı madde kaybı olan dişlerin çekimi yapılabilmektedir.

FLUOR UYGULAMASI (ÇÜRÜKTEN KORUYUCU TEDAVİ): Fluor uygulamasının çürüğe karşı koruyucu bir tedavi olduğu ve iki çeşit uygulaması olduğu konusunda bilgilendirildim. Bu yöntemlerden biri kaşık ile jel uygulamasıdır biri ise macun şeklinde uygulanmasıdır. Genel anestezi altında da, flor uygulaması gereken durumlarda, flor yapılabileceği konusunda bilgilendirildim. İşlemden sonra hekim tarafından belirtilen yeme/içme kısıtlamasını öğrendim.

FİSSÜR ÖRTÜCÜ: Çürüğe yatkın dişlerde dişlerin ileride çürümesini önlemek amacıyla dişin çiğneme yüzeyinin diş dostu bir dolgu maddesiyle örtülmesidir.



Diş Hekimliği
Uyg. ve Arş. Merk.

PEDODONTİ ANABİLİM DALI
HASTANE KABUL VE BİLGİLENDİRME FORMU

KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA NO/SAYFA SAYISI
DHUYAM.20	12.03.2024	01	12.03.2024	2 / 2

OKLUZYON YÖNLENDİRMESİ: Sürme zamanından önce çekilmiş veya düşme gibi travmalardan dolayı kaybedilmiş veya çene yüz gelişiminin normalden saptığı durumlarda oluşan boşluğun ileride daimi dişlerin normal pozisyonlarında sürmesi için korunması amacıyla yer tutucu uygulaması yapıldığı, bu uygulamanın sabit ve hareketli olmak üzere iki çeşidi olduğu bilgisi tarafıma verildi. Yer tutucunun yapım aşamasında veya sonrasında görülebilecek riskler aşağıdakilerle sınırlı olmamakla birlikte şöyle sıralanabilir:

Yer tutucu için ölçü alma işlemi uygun vakalarda, genel anestezi uygulanmadan önceki seansda, uygun olmayan vakalarda, genel anestezi altında gerçekleşir. Apareyin teknisyen işlemleri için belirtilen bir masraf tedavi tamamlanmadan önce vezneye ödenir ve makbuzu alınır. Aparey kullanılırken; hastada bulantı refleksi, yer tutucuyu aspire etmesi, kaybetmesi ya da yutması, yer tutucunun yapıldığı maddeye karşı alerjisi olması, diş etinde kızarıklığa neden olması gibi nadir de olsa görülebilecek istenmeyen durumlar oluşabilir. İşlemden önce bu durumlar hakkında bilgilendirildim.

PREFABRİKE KURON: Doğal dişe en yakın biçimde form ve fonksiyon sağlanması için yapılır. Bu tedavi, dolgu ile dişin tedavi edilemediği durumlarda gerekli olur. Çocuk hastalarda yeterli diş dokusu kalmamış hastalarda hekimin tıbbi açıdan uygun gördüğü durumlarda paslanmaz çelik kuron da tercih edilebileceği ve bu kuronların sık görülmesi de çıkma, yutma gibi komplikasyonları olabileceği konusunda bilgilendirildim.

Doktorum tarafından tedavi kod nolu ön tanı ile ilgili olarak tıbbi durumum ve uygulanacak işlemler uygulanacak yöntemin riskleri; BANA ÖZGÜ OLABİLECEK RİSKLERİ VE OLASI SONUÇLARI, konu ile ilgili diğer tedavi seçenekleri ve ilişkili riskleri, oluşabilecek komplikasyonları, genel anestezi/ lokal anestezi riskleri ve anestezi risklerini arttıran faktörler, tedavi maliyeti açıklandı, anladım kabul ettim.

Formu okudum. Durumum, riskler, uygulanacak tedavi işlemleri ve tedavi seçenekleri hakkında endişelerim için doktora sorular sorabildim. Gerekli bilgiler verildi tatmin oldum.

Sorularım;.....

Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna oldum. Uygulanan işlemler sırasında gelişebilecek acil hayatı tehdit eden durumlar ve nasıl müdahale edilebileceğini anladım. Uygulanacak tedavinin durumumu iyileştireceğinin garantisi olmadığını ve daha da kötü olma ihtimalim olduğunu anladım.

Tedaviyi kabul ettikten sonra bana ait tetkik, tanı ve tedavi sonuçlarının, çekilen dişlerin ve artıklarının (pulpa dokusu vb), radyografi, fotoğraf, video ve diğer dokümanların eğitim veya bilimsel amaçlı çalışmalarda kullanılmasını, kimlik bilgilerimin gizli kalması koşuluyla kabul edip izin verdim.

Yukarıdaki bilgileri okuduğumu, tüm sorularıma açık net cevaplar aldığımı, anladığımı bildirir, ekip doktorlarına tam izin ve yetki verdiğimi beyan ederim.

HASTA ONAMI

Tarih:/...../.....

KABUL EDİYORUM

KABUL ETMİYORUM

Bilgilendirme yapan Hekimin;

Adı :

Soyadı :

Tarih/Saat:

İmzası :

Hastanın;

T.C. Kimlik No:

Adı :

Soyadı :

Adresi :

İmzası :

Hasta Yakınının

(18 yaşından küçük hastalar için);

Adı :

Soyadı :

Yakınlık Derecesi:

İmzası :