



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
DİŞ ÇEKİMİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.01	YAY.TRH:22.07.2012	REV.TRH:29.05.2017	REV.NO:01	SAYFA NO: 1 / 2
-------------------	--------------------	--------------------	-----------	-----------------

Protokol No :
Adı Soyadı :
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Tarih :

Sayın hasta / vekili yasal temsilcisi;

Bu form diş tedavileri sürecindeki olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatle okuyunuz, sorularınız yada anlamadığınız konular varsa doktorunuzdan yardım isteyiniz. Talebiniz doğrultusunda size ek bilgiler verilecektir. Sizden okuyup, anlamamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır. Merkezimizce sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerini ve önerilen tedaviyi kabul edip etmemeye karar vermeden önce, yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir

Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker ve kan hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.) bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi) kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa, astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir.

Dişhekiminiz tarafından uygulanacak tedaviler hakkında aşağıda verilen bilgilendirme formunu dikkatle okuyup formu imzalayınız. Anlamadığımız hususların hekiminiz tarafından açıklanmasını isteyiniz

ANAMNEZ

Tarih :Adı Soyadı:

Hepatit(sarılık) A,B,C geçirdiniz mi? : >Tedavi oldunuz mu?

HIV(AIDS) geçirdiniz mi? :

Diabet(şeker) hastalığınız var mı? :>Hangi ilacı kullanıyorsunuz? :

En son kan şekeri ölçüm değeriniz nedir? :

Herhangi bir ilaca, metale veya maddeye karşı alerjiniz var mı? :

Kalp probleminiz var mı? :> Hangi ilacı kullanıyorsunuz? :

Ameliyat geçirdiniz mi? :

Çocuklukta ateşli hastalık geçirdiniz mi? :>Kalpte sekel-arıza-hasar bıraktı mı?.....

Tansiyon probleminiz var mı? :> Hangi ilacı kullanıyorsunuz? :

En son tansiyon ölçüm değeriniz nedir? :

Hamile misiniz? :

Herhangi bir kan hastalığınız var mı? :

Başka herhangi bir hastalığınız-hastalığınız var mı? :

Daha önce diş çektirdiniz mi? :> Diş çekimi sırasında bir problemle karşılaştınız mı?.....



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
DİŞ ÇEKİMİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.01	YAY.TRH:22.07.2012	REV.TRH:29.05.2017	REV.NO:01	SAYFA NO: 2 / 2
-------------------	--------------------	--------------------	-----------	-----------------

LOKAL ANESTEZİ UYGULAMASI:Gerekli durumlarda, lokal anestezi ile işlem yapılan bölge uyuşturularak ağrıyı engellemek azaltmak ve dolayısıyla hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmak amaçlanmaktadır.

TIBBİ MÜDAHALENİN KİM TARAFINDAN NEREDE, NE ŞEKİLDE VE NASIL YAPILACAĞI İLE TAHMİNİ SÜRESİ: Diş çekimi işlemi klinik hekiminiz tarafından, başvurduğunuz klinik içerisinde yapılacaktır. Diş çekimlerinde tahmini işlem süresi **15 ile 45 dakika** arasında değişmektedir. Diş çekimi sırasında herhangi bir komplikasyon geliştiğinde (çekim esnasında dişte kırılma, kanama vb.) müdahaleleriniz klinik içinde yada çene cerrahi kliniklerinde gerçekleştirilebilir.

İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR:

Lokal Anestezi Uygulaması: Lokal olarak bölgenin uyuşturulmasını sağlar

Genel anestezi uygulaması:Engelli hasta hareketlerinin kısıtlanmasını kapsar.

Diş Çekimi : Çürük dişin neden olduğu varsa ağrı ve enfeksiyonun giderilmesi, yoksa oluşmasının önlenmesi.

MUHTEMEL KOMPLİKASYONLAR:.Kanama, ağrı, şişlik, geçici his kaybı, alerjik reaksiyon ve geçici yüz felci meydana gelebilir.

REDDETME DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK MUHTEMEL FAYDA VE RİSKLER: Lokal anestezi uygulanmaması halinde, hasta işlem sırasında şiddetli ağrı duyabilir, bayılabilir, (senkop), ağrı şokuna girebilir.

SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK YAŞAM ÖNERİLERİ: Lokal anestezi madde verilmeden önce herhangi bir sistemik hastalık, hamilelik, kullandığı tüm ilaçlar ve alerjik bir durum varsa muhakkak hekimine söylenmelidir. Aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı anestezinin etkisini zayıflatır.

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ: Diş hekimliğinde lokal anestezi sağlamak için artikain, bupivakain, lidokain, mepivakain, prilokain, benzokain vb.etken maddeli anestezi maddeleri kullanılır. Lokal anestezi maddeleri dolgu yapılacak bölgeye uygulandığında sinir iletimini geçici olarak durdurur ve yapılan maddenin miktarına, yapılış yerine göre **1- 4 saatlik** bir uyuşukluk sağlar. Diş hekimliğinde çekim esnasında lokal anestezi dışında herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır. Çekim sonrasında kanama oluşması durumunda çeşitli kanama durdurucu ilaçlar (Transamine amp, K vitamp.vb.)çeşitli kanama durdurucu tıbbi malzemeler kullanılabilir.

HASTALIĞIN MUHTEMEL SEBEPLERİ VE NASIL SEYREDECEĞİ: Kalmış kökler, tedavisi ve restorasyonu mümkün olmayan aşırı harap dişler, geniş kemik doku kaybına neden olan kronik apselli dişler, kanal tedavisi uygulanamayan yada tedavisi başarısız olan dişler, sallanan dişler, düşme yaşı yakın yada enfeksiyonu alttaki kalıcı dişe zarar veren problemli süt dişleri, protezin dengesini bozacak ve proteze destek olmayacak dişler, ortodonti amaçlı fazla sayıda ya da olpoze (yanlış pozisyonda olan) dişler ve yer darlığı nedeniyle çekilmesi gereken dişlere uygulanır. Lokal anestezi altında diş içinde bulunduğu kemik yuvasından çıkarılarak gerçekleştirilir. Böylece ağrı, enfeksiyon odakları, kronik apselerin ortadan kaldırılması, protetik ve ortodontik tedaviler için ağız hazırlanması, enfeksiyonun vücudun diğer organlarına yayılarak zarar vermesinin engellenmesi, diş eti hastalıklarının önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.

DiĞER TANI VE TEDAVİ SEÇENEKLERİ VE BU SEÇENEKLERİN GETİRECEĞİ FAYDA VE RİSKLER İLE HASTANIN SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: Diş çekiminin alternatifi bulunmamaktadır.

MUHTEMEL KOMPLİKASYONLAR: Lokal anesteziyle ilgili komplikasyonlar gelişebilir, çekim sırasında diş kırılabilir, Çene Cerrahisi Kliniklerine sevk edilebilir, baskı ve ağrılar oluşabilir, çekim yerinde lokal enfeksiyon (alveolit) gelişebilir, dudaklarda ve/veya dilde geçici ya da kalıcı his kayıpları meydana gelebilir, şişlik veya yüzde renk değişikliği oluşabilir.

REDDETME DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK MUHTEMEL FAYDA VE RİSKLER: Diş çekimi gereken bir dişin çekimin yapılmaması sonucu bu dişler ağrı, şişlik hatta çenelerde kemik kayıplarına neden olabilmekte, çekimi yapılmayan enfekte süt dişleri/kök artıkları alttan gelen daimi dişlere de zarar verebilmektedir.

SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ: Diş çekim işlemi sonrasında çekim yerinin enfeksiyonlardan korunması için ağız bakımı (diş fırçalama, diş ipi kullanma vb.) önemlidir. Diş çekimi sonrası ağız tamponu yarım saat çıkarılmamalı, tampon sık sık değiştirilip tükürülmemelidir. Diş çekiminden sonra 2 saat hiçbir şey yenilip içilmemelidir. Diş çekiminden sonraki ilk günlerde yumuşak ve ılık yiyecek ve içecekler alınmalıdır, ağız temizliğine dikkat edilmelidir.

GEREKTEĞİNDE TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ: Olası yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. Hasta kurumdan ayrıldıktan sonra herhangi bir komplikasyonla karşılaştığında; kendi klinik hekimine randevusuz olarak ya da hastanemiz acil kliniklerine 24 saat başvurabilir.

Tedavimi yapacak hekime genel sağlığım, kullandığım ilaçlar ve özel durumlarım hakkında tam ve doğru bilgiler verdiğimi ifade ederim.

Hekimim, yukarıda bahsi geçen tedaviler için oluşabilecek ve muhtemel yan etkiler hakkında beni yazılı ve sözlü olarak detaylı bir şekilde bilgilendirmiştir. TEDAVİYİ REDDETME ve SONLANDIRMA HAKKIM OLDUĞUNU BİLİYORUM.(Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki boş alana kendi el yazınızla **TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM** şeklinde yazarak imzalayınız) Verilen bu bilgiler ışığında size planlanan tedavilerin uygulanmasını kabul ediyorsanız el yazınızla "**OKUDUM, ANLADIM,**" "**BİR NÜSHASINI TESLİM ALDIM**"ve **ADINIZI SOYADINIZI** yazarak imzalayınız..

Hastanın Dil / iletişim Problemi var ise;

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın

İmza

Tarih/ Saat

Adı Soyadı (el yazısı ile) :

HASTANIN VEYA YAKININ AD\SOYAD\İMZA	TARİH:	İŞLEMİ YAPAN HEKİMİN AD\SOYAD\İMZA
Bir Nüshasını Teslim Aldım	SAAT:	