



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

KANAL TEDAVİ HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.06 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, anlamanızı 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.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.

Dışhekiminiz tarafından uygulanacak tedaviler hakkında aşağıda verilen bilgilendirme formunu dikkatle okuyup formu imzalayınız.Anlamadığınız 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? :.....



KANAL TEDAVİ HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.06

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 yapılacak bölge uyuşturularak ağrıyı engellemek, azaltmak ve dolayısıyla hastanın ağrı hissetmeden veya ağrı hissini azaltılarak tedavilerinin yapılması amaçlanmaktadır.

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

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

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK YAŞAM ÖNERİLERİ: Lokal anestezi madde verilmenden 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 maddeler kullanılır. Lokal anestezi maddeler dolgu yapılacak bölgeye uygulandığında sinir iletimini geçici olarak durdurur ve yapılan maddenin miktarına, yapılış yerine göre **1- 4 saatlik** bir uyuşukluk sağlar.

DIŞ ÇÜRÜĞÜNÜN SEBEPLERİ VE SEYRİ: Ağızda bulunan bakterilerden oluşan bakteri plağı, şekerli ve unlu yiyeceklerin ağızda kalan artıklarından asit oluştururlar. Bu asitler dişerin mineral dokusunu çözerek dişin minesinin bozulmasına ve sonuçta da diş çürüğünün başlamasına ve diş hekimlerinin kavite dedikleri oyuklara neden olmaktadır. Asit çürükler erken teşhis ile dolgu yapılarak tedavi edilir. İlerlemiş çürüklerde kanal tedavisi uygulanır. Kanal tedavisi ile kurtarılamayacak kadar çürüyen diş çekilerek hasta tedavi edilir.Kanaltedavisi/dolgu dişin çekilmeden kurtarılması için yapılan bir işlem olup,çok başarılı sonuçları olmasına rağmen biyolojik bir işlem olması nedeniyle hiçbir zaman garantisi verilmeyen bir işlemdir.Tedavi sırasında kök kanalı içerisinde kullanılan küçük aletlerin çok azda olsa kırılma olasılığı bulunup bu durum tedavinin başarısını olumsuz etkiler.Bazı durumlarda özellikle periapikal lezyonlu dişlerde kanal tedavisi yapıldıktan sonra iyileşme olmazsa kanal tedavisi tekrarı,cerrahi girişim ve bazen dişin çekimi zorunlu olabilir. Kanal tedavisi/dolgunun başarısı kök formu,kökün kalsifiye olup olmamasına bağlıdır.Kanal dolgusundan sonra yapılacak sürekli restorasyon(dolgu,kron veya köprü)gibi işlemler ayrı işlemler olup; üst restorasyon tamamlanmaya kadar,kanal tedavisi yapılmış olan dişin üzerinde ısırma ve çiğneme hareketi yapılmamalıdır. Ayrıca tedavi yapılırken hastanın ağız uzun süre açık kalacağı için çok az bir ihtimalle çenede lüksasyona(çıkma)sebebi olabilir.Tanı ve tedavilerin gerçekleştirilmesi için gerekli durumlarda radyografi çekilebilir.

TEDAVİNİZ KİM TARAFINDAN VE NEREDE YAPILACAK: Tedaviniz diş hekimisi tarafından Ağız ve Diş Sağlığı Merkezimizde yapılacaktır.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Kanal Tedavisi,tek Seans ortalama 1 saattir. İşlemin kaç seans olacağı dişteki enfeksiyon durumuna göre diş hekiminiz karar verecektir.

TEDAVİ SEÇENEKLERİ VE GETİRECEĞİ FAYDA / RİSKLER: Tedavinin alternatifi dişin çekilmesidir. Bunun sonucunda estetik görünümün bozulması ve çiğneme fonksiyonunun iyi yapılamaması ve buna bağlı sindirim sistemi rahatsızlıkları görülebilir.

TEDAVİDEN BEKLENEN FAYDALAR: Çürümeyi durdurarak,kök enfeksiyonunu iyileştirerek olası diş çekimini önlemek.Ağrı ve enfeksiyon şikâyetlerin giderilmesi.Estetikliği ve çiğneme fonksiyonunun yeniden kazanılması.

TEDAVİNİN MUHTEMEL KOMPLİKASYONLARI : Kanal tedavisi/dolgu işlemi sonrası ağrının devam etmesi durumunda diş hekimine haber veriniz. Çürüğün büyüklüğüne bağlı olarak dişte kırılma, dolgu düşmesi, soğuk-sıcak hassasiyeti ve ağrı olması oluşabilecek muhtemel komplikasyonlardır.

TEDAVİYİ REDDETME DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK FAYDA VE RİSKLER: Çürüğün ilerleyerek ağız kokusuna neden olması, mevcut ve şikâyetlerinin devam etmesi(ağrı,enfeksiyon). Tedavi edilemez duruma gelindiğinde dişin çekilmesi.Estetik görünümün bozulması.

DIŞ SAĞLIĞINIZ İÇİN KRİTİK YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ: Sabah kahvaltısından sonra ve akşam yatmadan önce dişlerin diş fırçası ile fırçalanması ve her gün diş ipliğinin düzenli kullanılması en etkili yoldur. Fırçalar, orta sertlikte ya da yumuşak kıllı olmalı ve belirli aralıklarda değiştirilmelidirler. Diş hekimine muntazam aralıklarla başvurmak bir çürüğü önlemek ya da erken yakalamada en iyi yoldur.

GEREKTEĞİNDE TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ: Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. Kurumuzdan ayrıldıktan sonra herhangi bir komplikasyonla (dolgu yapılan dişte şiddetli ağrı, uzun süren soğuk sıcak hassasiyeti, dolguda düşme/kırılma vb.) karşılaşırsanız, kendi klinik hekiminize randevusuz olarak ya da hastanemiz acil kliniğine başvurabilirsiniz.

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”veADINIZI 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:	