



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

DİŞ TAŞI TEMİZLİĞİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.02 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.

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

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI :
PLANLANAN TEDAVİ :

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 değerinizi 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 değerinizi 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 TAŞI TEMİZLİĞİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.02	YAY.TRH:22.07.2012	REV.TRH:29.05.2017	REV.NO:01	SAYFA NO:2 / 2
-------------------	--------------------	--------------------	-----------	----------------

HASTALIĞIN MUHTEMEL SEBEPLERİ VE NASIL SEYREDEĞİ: Diş taşları kişilerin yeterli düzeylerde ağız temizliği yapmadığı zamanlarda ortaya çıkmaktadır. Diş taşları dişlerde oluşan bakteri plağına tükürükteki minerallerin çökmesi ile oluşur ve temizlenmeleri gereklidir. Diş Yeterli düzeyde fırçalama işlemi gerçekleşmediğinde bakteriler tükürükle beraber diş üzerinde yada diş eti içerisine doğru ve diş aralarında plaklanmalara sebep olurlar.

TIBBİ MÜDAHALENİN KİM TARAFINDAN ,NEREDE ,NE ŞEKİLDE VE NASIL YAPILACAĞI İLE TAHMİNİ SÜRESİ: Müdahale diş hekimi tarafından, klinikte dişlerde oluşan diş taşlarının özel aletle alınmasıyla yapılmaktadır. **Tahmini işlem süresi 20 dakikadır.**

DiĞER TANI VE TEDAVİ SEÇENEKLERİ VE BU SEÇENEKLERİNGETİRECEĞİ FAYDA VE RİSKLER İLE HASTANIN SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ MUHTEMEL ETKİLERİ: İşlemin alternatif tedavisi yoktur. İşlemden beklenen faydalar dişetindeki enfekte dokular ve diş taşları temizlenir. Dişlerin daha uzun süre ağızda kalması sağlanır. Diş taşlarının temizlenmemesi durumunda diş eti kanamaları, ağız kokusu ve bölgesel hassasiyetler oluşabilir, enfeksiyon ve kemik yıkımına bağlı olarak diş kayıpları olabilir.

MUHTEMEL KOMPLİKASYONLARI: Oluşabilecek komplikasyonlar; tedavi sonrası ağız bakımının eksik olduğu durumlarda diş etlerinde enfeksiyon ve buna bağlı diş kayıpları oluşabilir. Tedavi sonrası soğuk-sıcak hassasiyeti oluşabilir, diş aralarında boşluk hissi gelişebilir. Yoğun diş taşları dişlerin sallanmasını maskeleydiğinden diş taşı temizliği sonucu diş sallanmaları ortaya çıkabilir.

REDDETME DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK MUHTEMEL FAYDA VE RİSKLERİ: **Tedavi yapılmazsa;** Enfeksiyon ve kemik yıkımına bağlı dişler kaybedilebilir. **Tedaviden beklenen faydalar;** diş eti kanamalarının giderilmesi.

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ: Dişin uyuşmasını sağlayan ilacın içeriği; lokal anestetik ilaçlar enjeksiyon yapılan yerin çevresinin uyusturulması için yapılan ilaçtır. İçeriğindeki adrenalin ile kan damarlarını daraltır ve ilacın daha uzun süre etki etmesini sağlar. Bu ilaç aynı zamanda uyuşma etkisinin yok olmasını engelleyen ve kanamayı durduran ilaçtır.

SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ: Kanama olmaması için kesinlikle tükürülmemelidir. Tedavi sonrası birkaç gün ılık yumuşak gıdalar tüketilmelidir. Tedavi sonrası sigara içilmemelidir. İşlem yapılan bölgeler dikkatli fırçalanmalıdır.

Reçete edilen ilaçlar düzenli olarak kullanılmalıdır. İşlem sonrası en az 2 saat boyunca herhangi bir şey yenip içilmemelidir. Ağrı kesici olarak aspirin gibi kanı sulandıran ilaçlar kullanılmalıdır. Diş taşı temizliği ve subgingival küretaj işleminden sonra çay-kahve tüketimi en aza indirilmelidir. Tedavinin uzun dönem başarısı hastanın göstereceği çaba uygun ağız hijyenine ve düzenli kontrollerine bağlıdır. Sigara içenlerde özellikle diş eti hastalığı çok sıklıkla görülmekte ayrıca dişlerde lekelenmelere neden olmaktadır. Bu lekelerin çıkarılması zor olmakta hatta bazı lekeler hiç çıkarılamamaktadır.

GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ: Tetkik ve tedaviniz için gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma; ağız ve diş sağlığı merkezimize\ merkezlerimize yeniden 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 / İletişim Problemi var ise;

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

Tercüme Yapanın

İmza

Tarih/ Saat

Adı Soyadı (el yazısı ile) :

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