



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

KÖK UCU REZEKSİYONU BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.12

YAY.TRH:22.07.2012

REV.TRH:14.10.2019

REV.NO:02

SAYFA NO: 1 / 2

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

Sayın hasta/ vekili yasal temsilcisi;
Sağlık durumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/ hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz. 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.

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI :

PLANLANAN TEDAVİ :

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

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

REDDETME DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK MUHEMEL 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.

HASTALIĞIN MUHEMEL SEBEPLERİ VE NASIL SEYREDECEĞİ:Kök ucunda iltihap olan dişler kanal tedavisi ile tedavi edilir.Eğer bu tedaviye cevap alınmıyorsa ön grup dişlerin daha uzun süre estetiğinin sağlanması ve fonksiyonda tutulması amacıyla kanal tedavisinin takiben kök uçları iltihaplı dokuyla beraber uzaklaştırılır.

TIBBİ MÜDAHALENİN KİM TARAFINDAN NEREDE, NE ŞEKİLDE VE NASIL YAPILACAĞI İLE TAHMİNİ SÜRESİ: İşlem klinik hekiminiz tarafından, başvurduğunuz klinik içerisinde yapılacaktır. Tahmini işlem süresi **20 ile 45 dakika** arasında değişmektedir.

DİĞER TANI VE TEDAVİ SEÇENEKLERİ VE BU SEÇENEKLERİN GETİRECEĞİ FAYDA VE RİSKLER İLE HASTANIN SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ:Kök ucu rezeksiyonunun alternatifi diş çekimidir.

MUHEMEL KOMPLİKASYONLAR: Operasyon bölgesinde şişlik,ağrı ve ciltte renk değişikliği olabilir.Dişin kök ucu boş olduğundan opere edilen dişle 3-4 ay kesinlikle sert birşey ısırılmamalıdır. Aksi takdirde diş içeriye doğru hareket edebilir.Eğer dişin kanal tedavisi yeterince iyi yapılmamışsa ,dişin üzerinde sabit protez (kaplama) varsa ve ideal şekilde yapılmamışsa diş etinde veya dişi kemiğe bağlayan dokularda enfeksiyon oluşur ise sorun tekrar oluşabilir.Bunun için belli aralıklarla kontrole gelmeniz gerekmektedir.eğer dişin kökündeki sorunlu alan büyüks ve kökün yarıya yakın kısmının kesilmesi gerektiyse dişi ağızda tutan destek dokular azaldığından dişte sallanma olabilir ve hatta dişinizin çekilmesi gerekebilir.Ameliyat edilen dişin kök ucunda, daha önce sorunun bulunduğu yerde ameliyattan sonra renk değişikliği olabilir. Ameliyat edilen dişinizde ve yakın komşularında dişeti çekilmesi olabilir.Ameliyat bölgesinde geçici ya da daimi duyu kaybı,uyuşukluk olabilir.

REDDETME DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK MUHEMEL FAYDA VE RİSKLER:Apikal rezeksiyon uygulanmış dişlerin kök ucuna bazı hallerde dişin kanalına sızıntıyı önlemek ve daha iyi bir tıkkama sağlamak amacıyla dolgu maddesi yerleştirmek gerekebilir. Bu işlem kök ucu uzaklaştırıldıktan sonra yapılır ve daha sonra operasyon bölgesinde dolgu atığı kalıp kalmadığı kontrol edilir ve rutin işleme devam edilir. eğer bu işlemin uygulanması kabul edilmezse ilgili dişin çekilmesi gerekir.Bu işlemin operasyon sonrasında kanama,enfeksiyon, şişlik gibi operasyona bağlı istenmeyen etkileri görülebilir. apikal rezeksiyon ameliyatından sonra her zaman diş kaybı riski bulunmaktadır.

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ: Diş hekimliğinde çekim esnasında lokal anestezi dışında herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır. Çekim sonrasında kanama oluşması durumunda çeşitli kanama durdurucu ilaçlarla (Transamine amp, K vitamp.vb.)çeşitli kanama durdurucu tıbbi malzemeler kullanılabilir.

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



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

KÖK UCU REZEKSİYONU BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.12

YAY.TRH:22.07.2012

REV.TRH:14.10.2019

REV.NO:02

SAYFA NO: 2 / 2

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:	