



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
SABİT PROTEZ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.07	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.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.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? :.....



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
SABİT PROTEZ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.07	YAY.TRH:22.07.2012	REV.TRH:29.05.2017	REV.NO:01	SAYFA NO: 2 / 2
-------------------	--------------------	--------------------	-----------	-----------------

Sayın Hastamız tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda sizi daha bilinçli bir biçimde karara ortak etmektir. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz diş hekiminize açıklaması için lütfen danışınız

İŞLEMİN KİM TARAFINDAN NEREDE VE NASIL YAPILACAĞI: Diş proteziniz diş hekiminiz tarafından diş ünitesinde yapılacaktır. Ağızda yeterli sayıda sağlıklı diş olan durumlarda eksik; komşu dişlerin lokal anestezi altında küçültülüp kesilerek porselenle kaplanması işlemiyle giderilmesi şeklinde uygulanır. Sadece ağız içindeki alveol kemik ve yumuşak dokulardan destek alarak ağızdan ölçü almak suretiyle laboratuvarda hazırlanarak provalar sonrası uygulanır.

İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR: Çiğneme ve konuşma fonksiyonu geri kazanılacaktır. Kemik kaybı engellenecektir. Yüzün görünüm bozukluğu düzenlenerek estetik sağlanacaktır. Eklem problemlerinin tedavisinde yardımcı olur. Oklüzal düzensizlik giderilecektir.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA (REDDETME) KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Dişte dolguyla giderilemeyecek harabiyet / madde kaybı ve az sayıda diş eksikliğine bağlı azalan çiğneme fonksiyonu, konuşma ve estetik bozukluğuna yol açabilir. Eksik dişlerin bulunduğu yere karşı dişlerin uzaması ve kapanış bozuklukları, Eklem Problemleri Çene Kemiği Erimesi

DİĞER TANI VE TEDAVİ SEÇENEKLERİ (İŞLEM ALTERNATİFLERİ) VE BU SEÇENEKLERİN GETİRECEĞİ FAYDA VE RİSKLER İLE HASTANIN SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ MUHTEMEL ETKİLERİ: İmplant protez yapılabilir. İmplantın faydası kemik erimesi azalır, protezin hareketini azaltır. Riski ise dokularda enfeksiyon oluşabilir. Hareketli bölümlü protez çiğneme ve konuşma fonksiyonu geri kazanılacaktır. Riski ise protezin dışı saran metal kısımları estetiği bozar. Teleskop Kron Protezler çiğneme ve konuşma fonksiyonu geri kazanılacaktır. Riski ise bu yöntem için daha fazla diş kesimi gerekebilir. Bu durum kanal tedavisi gereksinimi doğurur

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI: Anestezi komplikasyonlarına ek olarak; kesilen dişlerde protez takılana kadar hassasiyet oluşur. Protez takıldıktan sonra hassasiyet hafifleyerek kaybolur bu durum birkaç hafta sürebilir. Protez yapıştırıcısı zayıflayıp düşebilir; protezi yutmamaya dikkat edilmelidir, hekiminize başvurduğunuzda yeniden yapıştırılır. Protezlerle sert yiyecekler ve cisimler ısırılmamalıdır. Metal ve porselen kısımlar kırılabilir; tamiri mümkündür. Doğal dişler gibi çay, kahve, sigara gibi maddeler nedeniyle renklenir. Proteze alışmak zaman alabilir, sabırlı olunmalıdır. Önceden yapılmış kronlar varsa ve altındaki dişler tedavi edilecek veya kronlar yenilenecekse bunların sökümü sırasında kronlar kırılabilir, kesilerek çıkartılmak zorunda kalınabilir, tekrar kullanılmayacak derecede zarar görebilir; alttaki dişler de söküm işlemi sırasında kırılabilir ya da kronla beraber gelebilir. Alttaki dişlerin durumu ancak söküm işleminden sonra teşhis edilebileceğinden ön görülen protez planlaması değişebilir. Ayrıca kesim yapılması planlanan veya kesimi yapılan sorunlu (periodontal problemler, çürük, dolgu ve kanal tedavili) dişlerin enfekte olması, kanal tedavisine cevap vermemesi ya da kanal tedavisi komplikasyonları oluşması durumunda diş çekime gidebilir protezin planı değişebilir. Gerektiğinde uygulanmaması durumunda dişler çekim boşluğuna devrilebilir, kapanışı değiştirebilir, eklem problemlerine neden olabilir. Sabit protez uygulanan hastalar diş fırçası, proteze özel diş ipleri ya da ara yüz fırçaları ile protezlerini temizlemeler ağız bakımlarını ihmal ederlerse; dişeti çekilmeleri, çürükler ve koku oluşabilir. Bu risklerin hiçbirisi gerçekleşmeyebilir

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Sabit protezin teslim süresi ölçü tarihinden itibaren yaklaşık 1 aydır. Ancak oluşabilecek bir eksiklik, uyumsuzluk, laboratuvar hatası durumunda bu süre uzayabilir.

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ: Her hangi bir ilaç kullanılmamaktadır.

SAĞLIĞINIZ İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ: Sabit protez kullanmaya başlayınca: Protezlerin tesliminin yapıldığı gün yapışkan ve asitli gıda kullanımından kaçınılmalı

- 1- Düzenli olarak her gün en az bir kez diş ipi ve ara yüz fırçası kullanılmalı
- 2- Sabit protez uygulanan hastalar diş fırçası, proteze özel diş ipleri ya da ara yüz fırçaları ile protezlerini temizlemeler ağız bakımlarını ihmal ederlerse; dişeti çekilmeleri, çürükler ve koku oluşabilir. Bu risklerin hiçbirisi gerçekleşmeyebilir.
- 3- Aşırı kahve ve çay tüketimi porselenlerin renk değişimine neden olabilir.
- 4- Protez kullanan hastalar sert yiyecekler (kabuklu yemiş vb..) yememeli sakız çiğnememelidir. Protezlerle ilgili bir şikayet ve problemde hasta kendi düzeltmeye çalışmamalı ve hekimine başvurmalıdır. Tüm protezler için yapımda kullanılan malzemelere bazı hastalıklarda (sistemik lupus) ve çok nadir de olsa hassas kişilerde alerji gelişebilir.
- 5- Hekiminizin önerilerini uygulayınız.

*Proteze başladıktan sonra verilen randevulara uyulmazsa, yapılan dişler kötü uyum gösterir. Bir aydan fazla geciken protezlerde yeniden yapım gerekir ve ilave ücret gerekebilir. Uygulanan protez ile ilgili tıbbi yardıma ihtiyaç duyarsanız 4 yıl boyunca protezinizi yapan hekime başvurabilirsiniz. Hekiminizin kurumdan ayrıldığı durumlarda ise merkezimiz bünyesindeki teknik komiteye müracaat edebilirsiniz. **GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞILABİLECEĞİ:** 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 noktaları 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 / İletişim 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 Bir Nüshasını Teslim Aldım	TARİH: SAAT:	İŞLEMİ YAPAN HEKİMİN AD\SOYAD\İMZA
--	---------------------	---------------------------------------