



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

DOK.KODU:HD.RB.05	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, anlamınızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütme 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 çekirdiniz mi? :> Diş çekimi sırasında bir problemle karşılaştınız mı? :.....



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

DOK.KODU:HD.RB.05	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 ünitede yapılacaktır. Hiç diş yoksa sadece ağız içindeki alveol kemik ve yumuşak dokulardan destek olarak ağızdan ölçü almak suretiyle laboratuvarda hazırlanarak provalar sonrası uygulanır

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR: Çiğneme ve konuşma fonksiyonu geri kazanılacaktır. Kemik kaybı engellenecektir. Yüzün görünüm bozukluğu (yanak çökmesi vb.) düzellecektir. Eklem problemlerinin tedavinde yardımcı olur.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA (REDETME) KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Tam bir dişsizlik durumuna bağlı azalan çiğneme fonksiyonu, konuşma ve estetik bozukluğuna yol açabilir. Eklem problemleri oluşabilir, çene kemiği erimesine yol açabilir.

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.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI: Proteze alışmak zaman alacaktır sabırlı olunmalıdır. İlk zamanlar yabancılik hissi, konuşmada bozukluk, yumuşak doku zedelenmeleri (vuruk) metal tadı, tükürük salgısında artış yanak ve dudaklarda dolgunluk hissi oluşabilir. Tam protezlerde özellikle alt protez oynayabilir. Protezler kullanılır ve temizlenirken dikkatli olunmalıdır, akril (damak) bölgeler kırılabilir, Yapılan uyarılara mutlaka uyulmalı protezler her gece çıkarılmalı, fırçayla temizlenerek su içinde muhafaza edilmelidir. Aksi durumda vurukların artması, mantar enfeksiyonu vb. ihtimaller söz konusudur. Protez bakımının yeterince yapılmaması ağız kokusuna, enfeksiyona ve estetik dışı bir görüntüye sebep olur. Plastik dişler renklenebilir.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Hareketli 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: Total / tam protez kullanmaya başlayınca:

- 1- Her yemekten sonra protez fırçası veya diş fırçası ile sabun yardımıyla fırçalayıp takınız.
- 2- 1 gecedan sonraki günlerde gece fırçaladıktan sonra ıslak pamuklar arasında ya da su dolu kapaklı bir saklama kabında muhafaza ediniz. İçine eczaneden temin edebileceğiniz suda eriyen dezenfektan tabletler atılabilir.
- 3- Dişetinin kapladığı kemik dokusundaki sivrilikler ve çıkıntılar, çiğneme esnasında proteze ilk temas eden bölgeler olduğu için dişeti yaralanabilir. Şikâyetlerde 3-4 günde azalma olmadığında hekimin protezde aşındırma yapması gerekmektedir. Protez çok acıyorsa kontrole gelene kadar yemeklerde takmayınız, yemek haricinde takınız.
- 4- Mutlaka çift taraflı çiğneme yapılmalıdır. Çok büyük lokma almaktan ve ön dişlerle ısırıktan (protez dengesini bozacağından) kaçınılmalıdır. 5. Protezin takılıp çıkartılması el ile yapılmalı aksi takdirde kırılabilir.
- 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 ULAŞABİLECEĞİ: Tetkik ve tedaviniz için gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma; ağız ve diş sağlığı merkezimize/merkezlerimize yeniden başvurabilirsiniz. **Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay:** Hekimin durumumun gerektirdiği planlanmış işlemde başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumları girişim esnasında açığa çıkartabileceğini anlıyorum. Bu durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum. **2 sayfadan oluşan bu rıza belgesini okudum ve anladım. 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 noktalı 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 imzalayın.

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 VE YAKININ	TARİH:	İŞEMİ YAPAN HEKİMİN
AD\SOYAD\İMZA	SAAT	AD\SOYAD\İMZA