



ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
FİSSÜR ÖRTÜCÜ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

DOK.KODU:HD.RB.04

YAY.TRH:22.07.2012

REV.TRH:29.05.2017

REV.NO:01

SAYFA NO: 1 / 2

Sayın Hastamız,

Çocuğunuzun tıbbi durumu ve hastalığının 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 ve çocuğunuzu 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 YAPILACAĞI:Fissür örtücünüz diş hekiminiz tarafından yapılacaktır.

İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR: Dişleri çürükten korumak amacıyla dişlerin çiğneyici yüzeylerinin akışkan bir madde ile kaplanması fissür örtücü uygulaması olarak tanımlanmaktadır. Fissür örtücü çürük oluşumunun engellenmesi amacıyla çürüksüz diş yüzeylerine uygulanmaktadır.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA(REDDETME) KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Gereken dişlere fissür örtücü yapılmazsa ilerleyen zamanda diş çürüğü oluşabileceği bilinmelidir. Diş dolgusu gerekebilir.

DİĞER TANI VE TEDAVİ SEÇENEKLERİ(İŞLEM ALTERNATİFLERİ) VE BU SEÇENEKLERİN GETİRECEĞİ FAYDA VE RİSKLER İLE HASTANIN SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ MUHTEMEL ETKİLERİ: Fissür örtücü uygulamasına alternatif bir yöntem yoktur.

İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI: İşlemin riski yoktur.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Şartlara göre değişiklik göstermekle birlikte **15 dk–20 dk arasında** sürebilir.

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ:

İlaç ya da anestezi kullanılmamaktadır.

SAĞLIĞINIZ İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

Fissür örtücüden sonra:

- Ağız hijyenine dikkat edilmeli, dişler fırçalanmalıdır.

GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBÎ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ: Tetkik ve tedaviniz için gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma; ağız ve diş sağlığı merkezimize/merkezlerimize kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz.

Önceden tahmin edilemeyen durumların tedavisine onay:

Hekimimizin çocuğumun durumunun gerektirdiği planlanmış işlemde başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumları girişim esnasında açığa çıkartabileceğini anlıyorum. Bu durumda Hekimimizin çocuğumun durumunun ve sağlığının gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum.

Hakkında beni yazılı ve sözlü olarak detaylı bir şekilde bilgilendirmiştir. TEDAVİYİ REDDETME ve SONLANDIRMA 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 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 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		