



**ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  
**DOLGU HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

DOK.KODU:HD.RB.03      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, 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.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.Anlayamadığınız 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**  
**DOLGU HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

DOK.KODU:HD.RB.03 YAY.TRH:22.07.2012 REV.TRH:29.05.2017 REV.NO:01 SAYFA NO: 2 / 2

**LOKAL ANESTEZİ UYGULAMASI:** Gerekli durumlarda, lokal anestezi ile işlem yapılan bölge uyuşturularak ağrıyı engellemek, azaltmak ve dolayısıyla hastanın ağrı hissetmeden veya ağrı hissini azaltılarak tedavilerinin yapılması amaçlanmaktadır.

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

**Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler:** 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 anestejik maddeler kullanılır. Lokal anestezi maddeler dolgu yapılacak bölgeye uygulandığında sinir iletimini geçici olarak durdurur ve yapılan maddenin miktarına, yapılış yerine göre **1- 4 saatlik** bir uyuşukluk sağlar.

**HASTALIĞIN MUHTEMEL SEBEPLERİ VE NASIL SEYREDECEĞİ VE İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR:** Çürük dişlerin en uygun dolgu malzemesi (kompozit, kompomer, cam ionomer, amalgam vb.) kullanılarak dolgu işlemiyle tedavisinin yapılması, şikayetin ortadan kaldırılarak diş bütünlüğünün korunması, estetik kaygıların giderilmesi, dişlerin erken kaybının önlenmesi, fokal enfeksiyon odağı oluşturacağı düşünülen dişlerin tedavi edilerek sistemik zararların engellenmesi amaçlanmaktadır.

**TEDAVİNİZ KİM TARAFINDAN VE NEREDE YAPILACAK:** Tedaviniz, kendi seçmiş olduğunuz bir diş hekimi tarafından Ağız ve Diş Sağlığı Merkezimizde yapılacaktır.

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:** Tedavi süresi 15 ile 45 dakika arasında değişebilmektedir.

**TEDAVİ SEÇENEKLERİ VE GETİRECEĞİ FAYDA / RİSKLER:** Tedavinin alternatifi dişin çekilmesidir. Diş tedavi edilmezse çürümeye ve enfeksiyon kaynağı olmaya devam eder.

**TEDAVİDEN BEKLENEN FAYDALAR:** Çürümeyi durdurarak olası diş çekimini önlemek. Estetikliği ve çiğneme fonksiyonunun yeniden kazanılması. Ağrı şikâyetlerin giderilmesi.

**TEDAVİNİN MUHTEMEL KOMPLİKASYONLARI :** Lokal anesteziyle ilgili komplikasyonlar gelişebilir, dolgulardan sonra kısa süreli sıcak-soğuk hassasiyeti oluşabilir., zamanla kaybolur. Dolgu düşebilir, aşırı madde kaybı olan dişler kırılabilir. Boyar madde içeren yiyecek ve içecekler dolgunun zamanla renk değiştirilmesine neden olabilmektedir. Dişte tedaviye cevap vermeyen bir enfeksiyon oluşabilir ve diş çekime girebilir. Hastada tedavi amaçlı kullanılan metaryallere karşı alerji gelişebilir. Hastanın verdiği ani tepkilerle dil, dudak, mukoza yaralanmaları oluşabilir ya da hasta kullanılan küçük malzemeleri aspire edilebilir.

**TEDAVİYİ REDDETME DURUMUNDA ORTAYA ÇIKABİLECEK FAYDA VE RİSKLER:** Dişe dolgu işlemleri uygulanmazsa ilgili dişte bir süre sonra ağrı ,apse, şişlik, fistül, oluşabilir ve çekilmesi gerekebilir. Dişetlerinde kanamalar ve kötü ağız kokusu artarak devam edebilir. Dişeti büyümeleri veya dişeti çekilmeleri meydana gelebilir veya mevcut durum şiddetlenebilir. Fonksiyon fonasyon ve estetik bütünlük bozulur .

**KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ:** Diş hekimliğinde dolgu esnasında lokal anestezi dışında herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır. Tedavi işlemlerinde çeşitli dolgu maddeleri kullanılmaktadır. ( Çinko fosfat siman, amalgam dolgu, kompozit dolgu , bonding, eugenal, kalsiyum hidroksit vb.)

**DİŞ SAĞLIĞINIZ İÇİN KRİTİK YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:** Ön diş ışınli dolgular dikkatli kullanılmalıdır, sert şeyler ısırılmamalıdır. Amalgam dolgulardan sonra dolgunun sertleşmesi için 2 saat hiçbir şey yenilip içilmemelidir. Dolgudan sonraki ilk günler soğuk, sıcak hassasiyeti olabilir.

**GEREKTİĞİNDE TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ:** Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. Kurumuzdan ayrıldıktan sonra herhangi bir komplikasyonla (dolgu yapılan dişte şiddetli ağrı, uzun süren soğuk sıcak hassasiyeti, dolguda düşme/kırılma vb.) karşılaşırsanız, kendi klinik hekiminize randevusuz olarak ya da hastanemiz acil kliniklerine 24 saat başvurabilirsiniz. Merkezimize başvurarak diş hekiminizle görüşünüz.

**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 imzalayın.**

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) : .....

<b>HASTANIN VEYA YAKININ AD\SOYAD\İMZA Bir Nüshasını Teslim Aldım</b>	TARİH:  SAAT:	<b>İŞLEMİ YAPAN HEKİMİN AD\SOYAD\İMZA</b>
---	---------------------	---