



RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ONAM İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

Bu formun amacı, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek alınacak kararlara katılımınızı sağlamaktır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.

Bu form, çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmış olmakla birlikte bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak, hekiminiz size farklı ya da ek bilgi verebilir.

Tanı, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek kendi kararınıza bağlıdır.

Bilmeniz Gerekenler

Bireyler arasında iyileşme potansiyelleri açısından fark olduğundan, işlemlerden önce kişinin iyileşme potansiyeli öngörülememektedir. Size uygulanacak tedavi bazı durumlarda başarısız olabileceğinden, tekrarlanması gerekebilmekte ve tedavinin sonucu garanti edilememektedir.

Sigara, alkol ve şeker tüketiminiz, diş fırçalama sıklığınız yapılan işlemlerin başarısını kısıtlayabilmektedir.

Bilginiz dâhilindeki fiziksel ve ruhsal sağlığınız hakkında hekiminize detaylı bilgi vermelisiniz. Ayrıca ilaca, gıdaya, anestezi maddelere, polene ya da toza karşı önceden oluşmuş alerjik reaksiyonlar; sistemik hastalıklar; deri ve dişeti reaksiyonları; anormal kanama eğilimi ve genel sağlığınızla ilgili diğer durumlar hakkında da hekiminize bilgi vermelisiniz.

Yapılacak işlem:

Girişimin Yapılmaması Durumunda Neler Olabilir?

Önerilen tedavi ve girişimleri kabul etmemeniz durumunda çürük lezyon ilerleyerek, geri dönüşü olmayacak derecede aşırı madde kaybına, ağrı ve hassasiyete, enfeksiyona, ağız kokusuna, renk ve estetik bozukluklara hatta diş kayıplarına ve bunlara bağlı çiğneme ve çene eklem fonksiyonlarında sorunlara neden olabilir.

Girişime Bağlı Riskler

Uygulanacak tedavi sırasında;

- Anestezi gerekmeyen tedavilerde çok kısmi bir ağrı olabilir.
- Bazı anestezi türlerinde yeterli uyuşukluk sağlanamayıp ilave anestezi gerekebilir.
- Anesteziye bağlı olarak nadiren yanakta geçici şişlik, kızarma, morarma ve uyuşuk kalma gibi durumlar gözlenebilir.
- Kullanılan ilaçlar ağızda hoş olmayan bir tat bırakabilir, mide bulantısına sebep olabilir.
- Dolgu yapımı esnasında kullanılan metal bantlar, tahta kamalar dişetini travmatize ederek hassasiyete neden olabilir.
- Tedavi sırasında kullanılan malzemelerden küçük olanlar hekim kontrolü dışında yutulabilir.
- Tedavi esnasında hastanın istemsiz hareketlerine bağlı olarak yumuşak dokularda yaralanma olabilir.
- Dolgu tedavisine başlanan dişte çürüğün ilerlemesi durumunda kanal tedavisi de gerekebilir.
- Kanal tedavisi sırasında kanal aleti kırılarak diş içerisinde kalabilir.



RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ONAM İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

- Kanal dolgusu sırasında elde olmayan nedenlerle kanal dolgu malzemesi eksik kalabilir veya kök ucundan çıkabilir.
- Kanal tedavisine başlanan dişlerde; tıkalı kanallar, aşırı madde kaybı, kök çatlak ve kırıkları, vb. nedenlerle dişin çekimi gerekebilir.
- Tedavi sırasında protetik işlemlere ihtiyaç duyulabilir hatta aşırı harabiyet durumlarında dişin çekimi gerekebilir.
- Diş dokusundaki aşırı harabiyet durumunda tedavi alternatiflerinden biri olan post uygulaması sırasında eski kanal tedavisi tam sökülemeyebilir ve buna bağlı olarak post için uygun boşluk hazırlanamayabilir, post yerleştirilmesi sırasında uygulanan kuvvet neticesinde diş kökünde çatlaklar oluşabilir.
- Kaplama altındaki diş tedavi yapılması için mevcut kaplama söküldüğünde, alttaki dişte aşırı çürük veya madde kaybı nedeniyle ilgili dişin çekimi gerekebilir.
- Kron veya köprü sökümü gerektiğinde söküm sırasında kaplama veya diş kırılabilir. Bu nedenle ilgili dişin çekimi veya kaplamanın yeniden yapımı gerekebilir.

Uygulanacak tedavi sonrasında ;

- Dolgu sonrasında ağrı ve hassasiyet gibi komplikasyonlar oluşabilir. Devamlı ağrılarda kanal tedavisi gerekebilir. Geçici ağrıların 2-3 gün, soğuk hassasiyetinin ise 3-4 hafta devam edebileceği unutulmamalıdır.
- Kanal tedavisi sonrasında 7-10 kadar çiğneme sırasında ağrı olabilir, inatçı enfeksiyon durumlarında daha uzun sürebilir, hatta kanal tedavisi tekrarı gerektirebilir.
- Kanal tedavisi sonrası nadiren yüzde şişme meydana gelebilir.
- Daha önceden yapılmış bir kanal tedavisinin yenilenmesi gereken durumlarda, bazen eski kanal dolgusu tamamen sökülemeyebilir, kök ucuna kadar ideal bir dolgu yapılamayabilir ve bunların sonucunda kanal tedavisi başarısız olabilir.
- Tedavi sonrasında çene eklemlerinde, anestezi yapılan kısımda ve dişetlerinde birkaç gün ağrı olabilir.
- Dişetlerinde veya ağız içerisindeki diğer dokularda geçici yaralar oluşabilir.
- Yeterince bağlanacak diş doku kaybının fazla olduğu durumlarda yapılan dolgu düşebilir.
- Diş dokusundaki aşırı harabiyet durumunda tedavi alternatiflerinden biri olan post uygulaması sonrasında yeterince yapıştırılmazsa yerinden çıkabilir.
- Kaplama ve porselen dolgu yapılan dişlerde kanal tedavisi yoksa bir süre hassasiyet oluşabilir.
- Kaplama ve porselen dolgu yapılan dişlerin kaplaması ve dolgusu düşebilir, kırılabilir.
- Beyazlatma yapılan hastalarda tedavi sonrası hassasiyet olabilir.
- Beyazlatma ajanının kazara çevre dokulara temas etmesi durumunda dokunduğu kısımda geçici bir beyazlık görülebilir.
- Her hastanın diş rengi farklı olduğundan ve kullandığımız estetik dolgular birebir diş dokusuyla aynı özellik taşımadığından, bazen istenilen diş rengi tam sağlanamayabilir, biraz da olsa ton farkı olabilir.
- Estetik dolgulardan hemen sonra memnun edici olan diş rengi zamanla değişebilir. Birkaç sene sonra dolgunun yenilenmesi gerekebilir.



RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ONAM İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU

- Ön dişlere yapılan estetik dolgular ve arka grup dişlere yapılan dolgular sonrası ısırma ve koparma fonksiyonuyla ön dişlere gelen kuvvetler sonucu dolgu düşebilir veya kırılabilir.
- İleri derece eklem problemi mevcut olan hastalarda tedavi sonrası uzun süreli ağız açıklığına bağlı olarak çene eklemi çıkabilir.

Ben., Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı doktor/diş hekimi çalışma ekibinin uygulayacağı tedaviyi, aklım başımda olarak kabul ediyorum. Rahatsızlığımın tedavisi için uygulanabilecek tedavi seçenekleri tarafıma sunulmuştur. Benim rahatsızlığımın tedavisi için tercih etmiş olduğum tedavi seçeneğinin yerine getirilmesi sırasında gerekli olan ilaçların ve girişimlerin tümünün uygulanmasına izin veriyorum. Genel sağlık durumum ile ilgili olarak bütün bilgileri verdim ve bu duruma bağlı olarak oluşabilecek sorunlar konusunda bilgilendirildim. Doktorların önerilerine tamamen uymayı kabul ediyorum ve aksi durumda tedavimin başarısızlıkla sonuçlanabileceğini biliyorum. Muayenem ve tedavim sırasında elde edilecek bilgilerin bilimin gelişmesine yönelik araştırmalar amacıyla başka bilimsel kurumlarla veya eğitim için kullanılmasına (hasta hakları ve etik ilkelere uygun olmak koşuluyla) izin veriyorum.

**BU FORMU OKUDUM VE İÇERİĞİNDEKİ TÜM TERİMLERİ VE KELİMELELERİ
ANLADIM. Tarih:**

Hastanın Adı-Soyadı:

İmza:

Hastanın Velisi/Vasisi Adı-Soyadı:

İmza:

Hekim Adı-Soyadı:

İmza: