



ORTODONTİ ANABİLİM DALI AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) FORMU

Doküman No	SHB.FR.52
Yayın Tarihi	18.10.2018
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	1/3

I.BİLGİLENDİRME

Her ortodontik tedavinin sınırları ve olası riskleri vardır. Bunlar ortodontik tedavi görüp görmeme kararını verirken göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve anlamadığımız konularda hekiminizden bilgi alınız.

Ortodontik tedavi planlı ve kurallarına uygun bir biçimde yapılsa bile, uygulamaların beklenen tüm sonuçlara ulaşılması garanti edilemez. Çünkü seçilen tedavinin sınırları ve hastaya özgü kimi faktörler (örneğin genetik yapı, tedavi sonrası öngörülemeyen büyüme-gelişme, ağız ve diş dokularının ortodontik tedaviye verdiği yanıt vb.) gibi durumlar daima söz konusudur.

Alerjiler: Hastaların ortodontik tedavide kullanılan materyallerin bazılarında alerjisi olabilir. Bu durumda tedavi planında değişiklik yapılması veya tedavinin durdurulması gerekebilir.

Ortodontik Aygıtlar: Hasta tarafından takıp çıkarılması gereken ağız dışı aygıtların (enselik/yüz maskesi gibi aygıtlar) veya ağız içi/dışı lastik halkaların kullanılması gerekebilir. Bu aygıtları doktorun tavsiye ettiği şekilde kullanmayan hastaların tedavilerine 3 sözlü 2 yazılı ikazdan sonra ilgili öğretim üyesinin kararı ile son verilir.

Diş Çekimi: Bazı durumlarda ortodontik sorunun tedavi edilebilmesi için daimi dişlerin çekilmesi gerekebilir ve bu rutin bir uygulamadır. Çekimli Ortodontik Tedavi olarak adlandırılan bu yöntemde, hekiminizin tıbbi açıdan uygun gördüğü dişlerin çekilmesi söz konusudur.

Diş ve Dişeti Sağlığı: Tedavi sırasında yeterli fırçalanmayan dişlerde çürük, dişetlerinde ise iltihap, dişeti çekilmesi ve destek kemik kaybı oluşabilir.Tedavi esnasında yetersiz ağız hijyenine bağlı oluşacak olumsuzluklardan hastanın kendisi sorumludur. Uyarılara rağmen ağız hijyeni kötü olan hastaların tedavilerine ilgili öğretim üyesi kararı ile son verilir.

Kök Boyu Kısılması (Kök Rezorpsiyonu): Ortodontik tedavi sırasında bazı dişlerin köklerinde kısılma meydana gelebilir. Bu kök rezorpsiyonu olarak bilinir, öngörülemeyen ve engellenemeyen kişiye özgü bir durumdur. Şiddetli kök boyu kısılması saptandığında hekim ortodontik tedaviyi durdurabilir.

Geçici Destek Aygıtı: Tedavi metal vidalar ve kemiğe tutturulan plaklar gibi geçici destek aygıtları gerektirebilir. Bu aygıtların da bazı riskleri söz konusudur. Vida veya plakların etrafındaki dokunun iltihaplanma olasılığı vardır. Bu aygıtlar yerleştirilirken diş kökü veya siniri hasar görebilir.

Tedavi Süresi: Tedavinin tamamlanması için gereken zaman tahmin edilenden fazla olabilir. Herhangi bir sebepten dolayı hastalar randevularını aksatamaz ve randevularına düzenli gelmek zorundadırlar. Randevulara riayet edilmemesi durumunda hastaya ve/veya yasal temsilcisine en fazla 2 kere ikaz yazısı verilir, problemlerin devam etmesi durumunda hastaların tedavilerine ilgili öğretim üyesi tarafından son verilecektir.

Pekiştirme Aygıtları:Ortodontik tedavi bittikten sonra elde edilen düzelmelerin korunması için hastaya hareketli apareyler veya dişlerine sabitlenmiş teller takılması gerekmektedir.Bu apareyleri önerilen şekilde



ORTODONTİ ANABİLİM DALI AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) FORMU

Doküman No	SHB.FR.52
Yayın Tarihi	18.10.2018
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	2/3

kullanmayan hastalarda diş ve çene ilişkilerinde oluşacak bozulmalardan hastanın kendisi sorumludur. Tedavi sonucundaki bozulmalar ortodontistin sorumluluğunda olmayan ve kontrolü dışında gelişebilecek durumlardır.

Cerrahi Tedaviler: Cerrahi tedaviye karar verilen ve hastanın bu seçeneği onayladığı durumlarda, ilerleyen dönemlerde hastanın ameliyattan kendi isteği ile vazgeçmesi durumunda hastanın tedavisine son verilir.

Gömülü Kalmış Dişler: Çene kavsinde dişin sürmesi için yeterli mesafe bulunmuyorsa diş gömülü kalır. Böyle durumlarda gömülü diş sürdürülebilir ya da çekilebilir.

Gömülü Dişin Sürdürülmesi: Gömülü dişin ağız içine sürdürülüp çene kavsinde yer alabilmesi için yer açılmalıdır. Yer elde etmek için ağızdaki daimi dişlerden herhangi bir veya birkaçının çekilmesi gerekir. Ama gömülü dişlerinin kök ucundaki eğrilik, diş kökünün kemikle birleşmesi (ankiloz) gibi durumlarda diş kemik içinde hareket edemeyip, diş kavsinde yer alamayabilir. Bu durum diş hekimi tarafından öngörülemeyen, tahmin edilemeyen, saptanamayan bir durumdur. Gömülü diş, yapılan tüm uygulamalara, diş çekimlerine rağmen çene kavsindeki yerine yerleşemeyebilir.

Gömülü Dişin Çekimi: Gömülü dişlerin sürdürülmelerindeki zorluk sebebiyle ya da hasta isteği doğrultusunda bu dişler çekilebilir. Hasta, bu işlemi yapacak cerrah veya diş hekiminden risk ve komplikasyonlar hakkında bilgi almalıdır.

II. ONAM

Klinik ve radyolojik değerlendirmeler sonucunda saptadığımız ortodontik sorununuz ve tedavi planlaması aşağıda yer almaktadır.

Malokluzyon:.....

Tedavi Planlaması:

Bentedavimle ilgili olarak hekimim tarafından mevcut ortodontik sorun, gerekli görülen ortodontik tedavi işlemleri ve süreç ile ilgili eksiksiz şekilde bilgilendirildim. Önerilen ortodontik tedavi hakkında tüm soruları sorma fırsatı verildi. Tedavi ile ilişkili riskleri ve dikkat etmem gereken konuları tamamen anladım.

“Bu formu okudum ve anladım. Uygun görülen ortodontik tedavimin yapılmasını onaylıyorum. Bana anlatılan başlıca tedavi değerlendirmelerini ve ortodontik tedavinin olası risklerini kabul ediyorum.” (Bu yazı aşağıdaki alana hasta/hasta velisi tarafından el yazısı ile yazılıp imzalanacaktır.)

(Yasal yeterliliği olmayan hastalar için hastanın velisi / yasal vasisi tarafından doldurulacaktır.)

Hastanın Adı- Soyadı:

Hastanın Velisinin/Vasisinin Adı-Soyadı:.....(18 yaş altı hastalar için)

Tarih: **İmzası:**



ORTODONTİ ANABİLİM DALI
AYDINLATILMIŞ ONAM
(RIZA) FORMU

Doküman No	SHB.FR.52
Yayın Tarihi	18.10.2018
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	3/3

Bu sayfa hekim tarafından gerekli görüldüğünde doldurulacaktır!

Ortognatik Cerrahi Tedavi;

“Ortognatik cerrahi girişim şeklindeki tedavi planlamasını kabul ediyor, tüm risk ve sınırların sorumluluğunu üstleniyorum. Okudum-Anladım-Onaylıyorum.”

(Bu yazı aşağıdaki alana hasta/hasta velisi tarafından el yazısı ile yazılıp imzalanacaktır.)

.....
.....
.....

Gömülü Dişlerin Varlığında;

“Gömülü.....dişimin/ dişlerimin sürdürülmesi için, dişimin / dişlerimin çekilmesini kabul ediyorum. Yukarıda anlatılanları okudum, konu ile ilgili tüm riskleri anladım. Okudum-Anladım-Onaylıyorum.”

(Bu yazı aşağıdaki alana hasta/hasta velisi tarafından el yazısı ile yazılıp imzalanacaktır.)

.....
.....
.....

“Gömülü.....dişimin/dişlerimin çekilmesini kabul ediyorum. Yukarıda anlatılanları okudum, konu ile ilgili tüm riskleri anladım. Okudum-Anladım-Onaylıyorum.”

(Bu yazı aşağıdaki alana hasta/hasta velisi tarafından el yazısı ile yazılıp imzalanacaktır.)

.....
.....
.....

Hastanın Adı- Soyadı:

Hastanın Velisinin Adı-Soyadı:.....(18 yaş altı hastalar için)

Tarih: **İmzası:**