Endodonti kliniğinde yapılacak işlemler, prosedürler ve sonrasında aşağıda oluşabilecek problemler hakkında bilgilendirildim.

Amaç: Bu onam formu, uygulanacak tüm işlemler sırasında karşılaşılması muhtemel yan etkiler hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmenizi sağlamak, bunları bilerek muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi onaylamak amacıyla size imzalatılmaktadır.

Kapsam: Bu onam formunun kapsamı dahilinde tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker, tansiyon vb.) varsa bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi), kullandığı ilaçları, geçirdiği ameliyatları, alerjilerini, varsa radyoterapi gördüğünü, varsa gebelik durumunu hekimiyle paylaşması gereklidir. Hekim gerekli gördüğü takdirde diğer branşlardan konsültasyon isteme hakkına sahiptir. Diş tedaviniz sürerken ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Değişiklikler söz konusu olduğunda tarafımızca bilgilendirmeniz sağlanacaktır.

Tanım: Tekrarlayan kanal tedavisinden yeterli sonuç alınamadığı durumlarda ilgili dişin daha uzun süre fonksiyonda kalması amacıyla kanal tedavisini takiben kök uçlarının uzaklaştırılmasıdır.

İşlemin Kimin Tarafından Yapılacağı: Uygulama diş hekimi tarafından Endodonti Anabilim Dalı kliniğinde yapılacaktır.

İşlemden Beklenen Faydalar: Hastanın şikayetlerini ortadan kaldırarak dişin ağızda kalma süresini artırmaktır.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda: Hastanın şikayetleri devam eder.

İşlem Riskleri ve Komplikasyonları: Operasyon bölgesinde şişlik, ağrı ve ciltte renk değişikliği olabilir. Dişteki kemik kaybına bağlı olarak dişe aşırı kuvvet uygulamaları sonucu dişin çene içerisindeki pozisyonu değişebilir. Dişte sallanma başlayabilir veya artabilir. Başarılı kanal tedavisi ve apikal rezeksiyon uygulamasına rağmen dişte tekrarlayan enfeksiyon oluşabilir. İlgili diş ve diş etinde operasyon sonrası renk değişikliği olabilir. İlgili diş ve yakın komşuluktaki dişlerin çevresinde dişeti çekilmesi olabilir. Operasyon sonrası ilgili dişin anatomik komşuluklarına bağlı olarak geçici ya da kalıcı duyu kaybı, uyuşukluk olabilir. Operasyon sırasında kullanılan anestezik solüsyon, dolgu materyalleri ve kök ucu tıkama materyallerine vb. karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Bu durumda ileri tıbbi müdahale, medikasyon ya da hastane şartları gerekli olabilir.

İşlemin Alternatifi: Dişin çekimidir.

İşlemin Tahmini Süresi: Yaklaşık olarak 1-3 saattir.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Anestezik solüsyon, dolgu maddeleri ve kök ucu tıkama materyalleri kullanılmaktadır.

Yaşam Tarzı Önerileri: İlgili bölgeye uygulanan dikişlerin temiz tutulması, uygun zamanda doktor tarafından alınması gereklidir. Ağız hijyenine dikkat edilmeli, işlem sonrası dişe aşırı kuvvet uygulanmamalıdır.

Tıbbi Yardıma Ulaşım: Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. Kurumumuzdan ayrıldıktan sonra herhangi bir komplikasyonla karşılaşırsanız kendi klinik hekiminize ya da Anabilim Dalı hasta kabul birimine başvurabilirsiniz.

Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Endodonti Anabilim Dalı'nda çalışan hekim ve stajyer hekimlerin uygulayacağı tedaviyi bilinçli olarak kabul ediyorum. Tedavim için uygulanabilecek seçenekler tarafıma sunulmuştur, tümüne izin veriyorum. Genel sağlık durumum ile ilgili olarak bütün bilgileri verdim ve bu duruma bağlı olarak oluşabilecek sorunlar konusunda bilgilendirildim. 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 koşulu ile) izin veriyorum.

Bu form Erciyes Üniversitesi Endodonti Ana Bilim Dalı'na tedavi hizmeti almak amacı ile başvuran tüm hastalara; kanal tedavisinin nasıl bir işlem olduğu, kim tarafından, nerede, nasıl yapıldığını, işlem sırasında oluşabilecek komplikasyonları, tedavinin reddedildiği durumlarda oluşabilecek durumları, hastanın ve hekimin birbirine karşı sorumluluklarını net bir şekilde açıklamaktadır.

"……
……
……
……
……"

(Yukarıdaki alana kişi kendi el yazısı ile "**Yapılacak tedavi ve riskleri hususunda tüm bilgilendirmeler tarafıma yapılmış olup, hepsini okudum, anladım, onaylıyorum**" yazacaktır.)

	Hastanın		Hekimin
Adı Soyadı	……	**Adı Soyadı**	……
Tarih	……/……/20……	**Tarih**	……/……/20……
İmza	……	**İmza**	……