**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 bilgilendirileceksiniz.

Tıbbi uygulama gereğince yapılmış olması hali dahil, uygulanan tedavilerle ilgili tam bir memnuniyet sözü veya garanti verilmemiştir. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma ihtiyaç duymanız durumunda kliniğimiz hasta kabul birimine başvurmanız halinde gerekli yönlendirme yapılacaktır.

**Tanım:**

Kök kanal tedavisinin ardından dişlerde renk değişikliği olabilir ve dişlere ağartıcı ajan uygulanarak dişler eski haline ya da eski haline yakın bir renge getirilmesi için uygulanan ağartma işlemi devital ağartma olarak tanımlanır.

**Sorumlular:**

Tedaviyi yapan öğretim üyesi, uzman hekim, uzmanlık/doktora öğrencisi ve stajyer öğrenciler.

**Faaliyet Akışı:**

Kanal tedavisi sonucu renklenme olan dişe birkaç seans ağartma ajanı uygulanır.

**İşlemin Kimin Tarafından Yapılacağı:**

Uygulama diş hekimi tarafından Endodonti Anabilim Dalı kliniğinde yapılacaktır.

**İşlemden Beklenen Faydalar:**

Diş renginin eski haline veya ona yakın duruma getirilerek görünümün düzeltilmesidir.

**İşlem Gerektiği Durumlarda Tedavi Yapılmadığı Takdirde:**

Mevcut renklenme kalır ya da renklenme artabilir.

**İşlemin Uygulanmaması Durumunda (Reddetme) Karşılaşabilecek Sonuçlar:**

Mevcut renklenme kalır ya da renklenme artabilir.

**İşlem Riskleri ve Komplikasyonları:**

Renklenmenin şiddetine göre tedaviye geç cevap alınabilir. Tedavi edilen dişlerde servikal rezorpsiyon gibi patolojiler meydana gelebilir. Bu durumda gerekli görülen tedavi uygulanır ve ileriki durumlarda dişin çekimi bile gerekebilir. Tedavi esnasında ajanın yumuşak dokularla teması sonucunda dokularda ağrı, alerjik reaksiyon ve hassasiyet, geçici renk değişikliği meydana gelebilir. Ağartma ajanları ağırlıklı olarak hidrojen peroksit ve karbamid peroksit içermektedir. Bu madde hastada alerjik reaksiyonlara sebep olabilir. Alerjik reaksiyonlar sonucu ileri tıbbi müdahale, medikasyon ya da hastane şartları gerekli olabilir.

**İşlemin Alternatifleri:**

Restoratif ve protetik tedavilerdir.

**İşlemin Tahmini Süresi:**

Yaklaşık olarak 1 saattir. İşlem birkaç seans sürebilmektedir.

**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:**

Ağartma ajanları, tamponlayıcı ilaçlar, dolgu maddeleri, diş eti koruyucu ve rubber dam (lastik örtü) kullanılmaktadır.

**Sağlığınız İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:**

Hasta ağız bakımına özen göstermelidir. İşlem sonrasında ilk 14 günlük süre boyunca renklendirici özelliği olan gıdalar tüketilmemelidir.

**Gerektiğinde Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceğiniz:**

Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. Kurumumuzdan ayrıldıktan sonra herhangi bir komplikasyonla (ağrı ve şişlik vb.) karşılaşırsanız, kendi klinik hekiminize ya da anabilim dalımız hasta kabul birimine başvurabilirsiniz.

**Hasta Beyanı**

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.)

| | HASTANIN | | HEKİMİN |
|---|---|---|---|
| **ADI SOYADI** | …… | **ADI SOYADI** | …… |
| **TARİH** | ……/……/20…… | **TARİH** | ……/……/20…… |
| **İMZA** | …… | **İMZA** | …… |