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 hazırlanmıştır.
Kapsam: Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker, tansiyon vb.), bulaşıcı bir hastalığı (hepatit vb.), kullandığı ilaçları, geçirdiği ameliyatları, alerjilerini, varsa radyoterapi gördüğünü, varsa gebelik durumunu hekimiyle paylaşması gereklidir. Hekim gerekli gördüğü taktirde diğer branşlardan konsültasyon isteyebilir. Diş tedaviniz sürerken tedavi planında değişiklik olursa tarafınıza bilgi verilecektir.
Tıbbi uygulama gereğince yapılmış olması halinde dahi, uygulanan tedavilerle ilgili garanti verilmez. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

Tanımlar
Üst (kron) kısmı fazla harap olmuş dişlerde dolgunun tutuculuğunu ve sağlamlığını artırmak için dişin kökünden metal/fiber postlar yardımıyla destek alınmasıdır.

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

İşlemden Beklenen Faydalar
İleri protetik işlem öncesi dişi hazırlayıp, dişin ağızda kalma süresini artırmaktır.

İşlem Yapılmadığında Ortaya Çıkabilecek Sonuçlar
Diş kırılabilir ve çekim gerekebilir.

İşlem Riskleri ve Komplikasyonları
Post uygulaması sırasında kökte perforasyon, kırık meydana gelebilir ya da yapıştırılan post yerinden çıkabilir. Bu durumda dişin çekilmesi gerekebilir. Ayrıca kullanılan anestezik solüsyon, dolgu maddeleri, metal/fiber postlar ve yapıştırma simanlarına karşı alerjik reaksiyon gelişebilir.

Alternatif İşlemler
Restoratif materyaller ile dolgu veya kron uygulanabilir.

Tahmini Süre
Yaklaşık 1 saat.

Kullanılacak İlaçlar
Anestezik solüsyon, dolgu maddeleri, metal/fiber postlar ve yapıştırma simanları.

Öneriler
Ağız hijyenine dikkat edilmeli, işlem sonrası protetik restorasyonlar yapılana kadar tedavi edilen dişe aşırı kuvvet uygulanmamalıdır.

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**	……