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 taktirde diğer branşlardan konsültasyon isteme hakkına sahiptir.

Tanım: Önceki kök kanal tedavisi sonucunda hastalığın tekrarladığı veya iyileşmenin olmadığına karar verildiğinde kanal dolgusunun sökülüp yeniden yapılmasına tekrarlayan kök kanal tedavisi (retreatment) denir.

İşlemin Uygulanması

İşlem, Endodonti Anabilim Dalı kliniğinde diş hekimi tarafından yapılacaktır. Amaç, hastalık durumunu ortadan kaldırarak dişin ağızda kalma süresini artırmaktır.

Riskler ve Komplikasyonlar

Kök kanal tedavisinde karşılaşılabilecek tüm komplikasyonlar tekrarlayan tedavi için de geçerlidir ve ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir. İşlem sonrası hassasiyet, ağrı, şişlik, alet kırılması, diş kırılması, renklenme, eklem rahatsızlıkları, enfeksiyon, solüsyon taşması, yumuşak doku yaralanmaları ve alerjik reaksiyonlar gibi durumlar görülebilir.

Alternatifler

İşlemin alternatifi dişin çekimidir.

Tahmini Süre

Yaklaşık 1-3 saat olup birkaç seans sürebilir.

Anamnez

Hastanın genel sağlık durumu, kullandığı ilaçlar, alerjileri ve sistemik hastalıkları kaydedilecektir.

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**	……