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.), bulaşıcı hastalıklarını (hepatit gibi), kullandığı ilaçları, geçirdiği ameliyatları, alerjilerini, varsa radyoterapi gördüğünü, gebelik durumunu hekimiyle paylaşması gereklidir.

Tedavi ve işlemler hakkında bilgilendirme: Kök kanal tedavisi pulpanın ve/veya çevre dokuların iltihabi hastalıklarının tedavi edilmesi ya da önlenmesi amacıyla yapılır. İşlem öğretim üyesi, uzman hekim veya gözetim altında öğrenciler tarafından uygulanacaktır.

Beklenen Faydalar: İlgili dişteki ağrı ve semptomların giderilmesi, çiğneme fonksiyonunun yeniden kazandırılması, dişin ağızda kalma süresinin uzaması.

Tedavi Edilmezse: Dişte fonksiyon kaybı, mevcut semptomların devamı, dişin çekimi ve protez ihtiyacı gerekebilir.

Riskler ve Komplikasyonlar:

- İşlem sonrası hassasiyet (1 hafta veya daha uzun sürebilir)
- Ağrı ve şişlik
- İşlem sırasında alet kırılması
- Diş kırılması veya geçici dolgu düşmesi
- Kök kanal tedavisi sonrası renklenme
- Çene ekleminde rahatsızlık, kas spazmı
- Kanal dolgu maddelerinin taşması sonucu yumuşak/kas/kemik dokuda hasar
- Alerjik reaksiyonlar
- Çok nadiren aletlerin yutulması/soluk borusuna kaçması

Alternatif: Dişin çekilmesi.

Tahmini Süre: 1-3 saat. Dişin durumuna göre birkaç seans gerekebilir.

Hastanın Sorumlulukları: İşlem sırasında ve sonrasında hekim önerilerine uymak, var olan hastalıkları, ilaç kullanımı ve alerjiler hakkında bilgi vermek.

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**	……