



İSTANBUL TOPÇULAR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

PEDODONTİK TEDAVİ HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Doküman Kodu	HD.RB.05
Yayın Tarihi	09.09.2017
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	-
Sayfa No	1 / 1

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

BARKOD

Değerli Hasta/Hasta yakını, Merkezimizce sunulan Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerini ve önerilen tedaviyi kabul edip etmemeye karar vermeden önce, yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri hasta izni ve onayına tabidir. Bu Onam; size konulan tanı doğrultusunda uygulanacak tedavilerin olası risklerini ve yan etkilerini (komplikasyonlar) hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmenizi sağlamak ve bunları bilerek muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi onaylamak için size imzalatılmaktadır. **Tedavimi yapacak hekime genel sağlık durumumu, geçirdiğim hastahkları ve ameliyatları, gördüğüm tedavileri ve sürekli kullandığım ilaçları tam ve doğru olarak bildirdiğimi ifade ederim.** Hekimim aşağıda bahsi geçen tedaviler için oluşabilecek ve aşağıdaki tabloda özetlenen muhtemel yan etkiler hakkında beni yazılı ve sözlü olarak da detaylı bir şekilde bilgilendirmiştir.

Gebelik Döneminde diş röntgeni çekilmesi radyasyon açısından risk oluşturmaktadır.

Tedavi ve işlemlerin tüm beklentilerimi karşılayacağına dair teminat ve söz verilmedi.

Antibiyotik, ağrı kesici uygulaması ve anestezi ilaçlarla uyuşturmaya bağlı olarak geçici his kaybı, ağrı, şişlik, yanakta morarma ve kaşıntı, bulantı kanama, geçici olarak; yüz felci, göz kapağının kapanmaması, yutkunma güclüğü ve ağız açmada güçlük, nadirde olsa alerjik reaksiyon gibi yan etkiler meydana gelebilir.

• Klinik ve radyografik muayenem sonrasında dişlerimde çürük olduğu ve gerekli olduğu durumlarda lokal anestezi altında, uygun cihaz ve enstrümanlar kullanılarak çürük tedavi işleminin yapılacağı tarafıma açıklandı ve işlem hakkında bilgi verildi. Hekimim tarafından İşlemin yaklaşık 20-30 dakika arasında olacağı konusunda bilgilendirildim.

• Dişin çığneyici yüzeyine çürükten korumak amacıyla akışkan madde ile kaplanması işleminin fissür örtücü işlemi olduğu gerekli olduğunda hekimin tarafından uygulanacağı,

• Flor uygulamasının dişin çürükten korunması amacıyla hekim tarafından uygulanan basit bir işlem olduğu, gerekirse hekimim tarafından uygulanacağı,

• Çürük nedeniyle zarar görmüş dişe, normal fonksiyonunu ve görünümünü kazandırmak için yapılan işlemin dolgu işlemi olduğu,

• Dişin kök kanallarının temizlenerek içinin tedavi maddesi ile doldurulmasının kanal tedavisi olduğu,

• Dolgu ve kanal dolgusu işlemlerinin genellikle lokal anestezi altında yapıldığı,

• Dolgu ve kanal dolgusu işlemlerinin birkaç seans sürebileceği,

• Yapılacak dolgu ve kanal dolgusu işlemlerinin sonucunda tedavinin başarısız olma ve dişin kaybedilebilme ihtimalinin olduğu,

• Planlanan tedavinin girişimi sırasında değişebileceği ya da yeni işlemler eklenebileceği bu nedenler tedavi işlemlerinin süresinin uzayabileceği,

• Dişlerin erken yaşta kaybedilmesi durumunda yer tutucu yapılması gerekebileceği, yapılmadığı takdirde diğer dişlerin çekim bölgesini kapatması sonucu ortodontik problemler (diş dizisinin bozulması) gelişebileceği,

• Ön dişlere yapılan estetik dolguların zamanla renk değişimi yapabileceği,

• Tedavi yapılan derin çürüklü dişlerde bir süre ağrı ve hassasiyet olabileceği,

• İşlem sonrası önerilecek antibiyotik, ağrı kesici ve gargara gibi ilaçlar sonucunda kaşıntı, bulantı, ishal, alerji, ve nadir de olsa anafilaktik şok gibi yan etkiler gelişebileceği

• Geniş yüzeyi içine alan, madde kaybı çok olan diş dolgularının düşme ihtimalinin olduğu (bu durumda hekimime başvurduğum takdirde yardımcı olunacağı) hekimim tarafından anlatıldı.

• Beklenmeyen bir sorun yaşamamız halinde en kısa sürede hekimimize başvurunuz. Gerekliğinde tıbbi yardıma ulaşmak için 0 212 6169812 pbx telefondan tedavi/işlem yaptırdığınız kliniğe dahili numaralardan ulaşabilirsiniz. Ayrıca merkezimiz 24 saat hizmet vermektedir.

UYARI: Çocuk tedaviye ikna edilmediği takdirde kullanılan aletlerin hızlı devirli ve tehlikeli olması dolayısıyla oluşabilecek sakıncalar düşünülerek ısrar edilmemelidir.

Radyografik ve klinik muayene yapılarak konulan teşhis, tedavi planlaması ve tedavi aşamaları konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirildim. Konulan tanıya ilgili alternatif tedavileri, bunların risklerini yapılan tedavinin risk ve yan etkilerini biliyorum. Başarı olasılığını biliyorum. Tedavim yapılmadığında neler olabileceğini biliyorum. Bana söylenenlerin tümünü anladım. Doktorum tüm sorularımı yanıtladı. Bana müdahale yapacak kişinin kim olduğunu biliyorum. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu müdahaleyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum. Aydınlatılmış onam formunun anlamını biliyorum.

Size/hastanıza bilgilendirme yapılarak uygulanacak olan tıbbi müdahaleyi **bilgilendirilmiş olarak serbest iradenizle kabul edip rıza gösteriyorsanız;** Boş bırakılan yere; **Yapılacak olan tedavim ile ilgili rıza belgesini**

“OKUDUM ANLADIM” yazınız.....ve

“TEDAVİMİ ONAYLIYORUM” yazınız.....

Hasta, Kanuni Temsilcisi, Veli, Vasi

Adı Soyadı:

Yakınlık Derecesi:

Tarih:...../...../20....Saat:...../.....

İmza:

BARKOD

Tıbbi Müdahaleyi Gerçekleştirecek Olan

Diş Hekimi Adı-Soyadı:

Tarih:...../...../20.... Saat:...../.....

İmza:

Bu formun bir nüshasını teslim aldım. Hasta, Kanuni Temsilcisi, Veli, Vasi

imza.....

Kullandığım İlaçlar	Ameliyat Geçmişi	Halen Devam Eden Tedaviler

*Bu form iki nüsha olarak düzenlenir bir nüshası hastaya verilir. Diğer nüsha ise merkezimiz tarafından arşivlenerek muhafaza edilir.