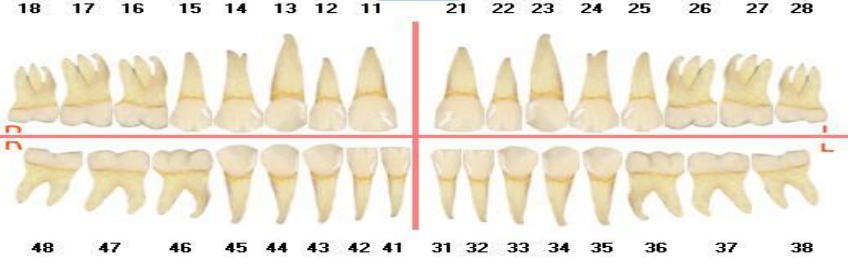




İSTANBUL TOPÇULAR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

PROTETİK TEDAVİ (SABİT PROTEZ) HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Doküman Kodu	HD.RB.08
Yayın Tarihi	09.09.2017
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	-
Sayfa No	1 / 1



SABİT PROTEZ

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 hastalıkları 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.

LOKAL ANESTEZİ: 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 güçlüğü ve ağız açmada güçlük, nadirde olsa alerjik reaksiyon gibi yan etkiler meydana gelebilir. Bebek emzirme doktorunuza danışılarak gerçekleştirilir.

SABİT PROTEZ

- Tanı işlemlerim sonucunda tedavi olarak yapılması planlanan işlemler alternatif önerilen protetik uygulamaların seçenekleri ve girişim yöntemleri,
- Protetik işlemler sırasında uygulanan antibiyotik, ağrı kesici ve lokal anestezi ilaçlarla uyuşturmaya bağlı olarak his kaybı, şişlik, yanakta morarma, kaşıntı, bulantı ve nadirde olsa anafilaktik şok gibi yan etkiler oluşabileceği,
- Tedavinin başarılı olacağı veya mutlaka tatminkâr sonuçlar elde edileceği konusunda hiçbir garanti, teminat veya söz verilemeyeceği,
- Köprü sökümü sırasında protezin kırılacağı ve/veya köprü ayağı olan dişlerin kırılacağı, köprü ile beraber çıkabileceği, buna bağlı olarak tedavi planı ve randevu tarihinin değişebileceği,
- Önerilen protetik uygulamanın olası risk ve yararları ile ağız sağlığı açısından etkisi,
- Diş kesimi sırasında, dişin pozisyonuna bağlı olarak kanal tedavisi gereksinimi olabileceği,
- Dişler kesildikten sonra ve kron-köprü protezler takıldıktan sonra da ağrı olabileceği, protezlere alışmakta kısa bir süre zorlanma yaşanabileceği,
- Önerilen protetik tedavinin uygulanmaması durumunda mevcut dişlerde uzama, devrilme olabileceği; çiğneme fonksiyonunun tam gerçekleşmeyeceği,
- Protezin renginin doğal dişlerin rengine uyum sağlayamama olasılığı,
- Herhangi bir aksaklık yaşanmadığı takdirde, sabit protetik tedavinin 15 iş günü içerisinde tamamlanacağı,
- Klinik işlemlerin hekim tarafından, laboratuvar işlemlerinin ihale ile belirlenmiş diş protez laboratuvarı tarafından yapılacağı,
- Sabit protetik tedavi sonucunda çiğneme fonksiyonunun geri kazanılacağı (belli bir yüzde oranında),
- Daha önce yapılan protetik uygulamaların şu anki protetik uygulamaların başarılı olmasında önemli olduğu,
- 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
- Protetik uygulamalar sonrası uymam gereken kurallar takip zorunluluğu, uyum aşamalarındaki sorunlar ve yapılması gerekenler hekimim tarafından ayrıntılı olarak anlatıldı.

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 Geçmiş	Halen Devam Eden Tedaviler

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