



**İSTANBUL TOPÇULAR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  
**ORAL DİAGNOZ VE GÖRÜNTÜLEME (RÖNTGEN) İŞLEMİ**  
**BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ**  
**(ÖZEL VE GEBELİK DURUMLARINDA)**

Doküman Kodu	HD.RB.11
Yayın Tarihi	09.09.2017
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	-
Sayfa No	1 / 2

Sayın Hasta / Kanuni temsilcisi;

Bu form size diş röntgeni ve klinik muayene hakkında bilgi vermek ve yapılan röntgen çekimi işleminin olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçlar) hakkında sizi bilgilendirmek amacıyla düzenlenmiştir. Lütfen formu dikkatle okuyunuz, sorularınız ya da anlamadığınız konular varsa doktorunuzdan / röntgen teknisyeninizden yardım isteyiniz. Talebiniz doğrultusunda size ek bilgiler verilecektir.

**Diş Röntgeni:** Dişlerin, kemik ve diş etlerinin göz ile görünmeyen kısımlarının x-ışını yardımıyla görüntülenmesidir.

**İşlemin Amacı:** Dişler ya da çenelerle ilgili mevcut durumu tespit etmek, olası şüpheleri ortadan kaldırmak, teşhis koymayı kolaylaştırmak, tedavi sonuçlarını takip etmek ve önleyici tedaviler planlamaktır.

**Görüntüleme Yöntemleri (Tanı Seçenekleri):** Merkezimizde direkt dijital röntgen cihazları kullanılmaktadır. Direkt dijital filmler, geleneksel filmler yerine X-ray ışınlarına duyarlı sensörlerin kullanıldığı ve görüntünün anında kişisel bilgisayarlara aktarılıp izlenebildiği yeni bir görüntüleme tekniğidir. Böylece görüntüler saklanabilir ya da çıktıları alınabilir. Bu teknik ile radyasyon %80 oranında azalmaktadır.

**Riskler ve Alınabilecek Önlemler:**

- Diş hekimliğinde, modern teknik ve metotlarla çekilen diş röntgeninden yayılan radyasyon minimal düzeydedir. Buna rağmen önlemler alınmalı ve hamilelerde röntgen çekiminden kaçınılmalıdır. Zorunluluk yoksa bu işlem doğum sonrasına ertelenmelidir.
- **Hamile va da hamilelik şüphesi bulunan hastaların** mutlaka bu durumlarını, ilgili diş hekimine ve röntgen teknisyenine bildirmeleri gereklidir. Gebe olduğu bilinen bir hastanın x-ışını çekimi gerekiyorsa radyolog veya sorumlu hekim durumu tekrar gözden geçirir.
- Gebelik durumunda diş hekimi kadın doğum uzmanından konsültasyon isteyebilir.
- Yapılan araştırmalar, özellikle **gebeliğin (8.-15.) haftaları** arasında, radyasyon kaynaklarından **kesinlikle uzak durmak** gerektiğini ortaya koymaktadır. Gerek olmadıkça küçük de olsa risk almamak için, röntgen çekilmemeli ve röntgen odalarına girilmemelidir.
- Eğer acil bir tedavi için kesinlikle röntgen çekilmesi gerekiyorsa; anneye özel koruyucu kurşun önlük giydirilir ve çekilecek film sayısı kısıtlanır veya florskopi zamanı mümkün olduğunca kısa tutularak mümkün olan en düşük dozda röntgen çekimi yapılır.
- Karın kısmını örttürebilen her yeri kurşun örtüyle korunur.
- Hasta alacağı radyasyon dozunun bir problem yol açma ihtimalinin düşük olduğu konusunda bilgilendirilir.
- Hastaya gerekli önerilerde bulunabilmek için aşağıdaki hususlar göz önünde bulundurulur.
- Özellikle döllenmeden sonraki ilk 21 gün içinde fetusun maruz kaldığı ışınlanmanın, doğacak çocuğa stokastik veya deterministik bir etki yaratma olasılığı düşüktür.
- Fetusun aldığı radyasyon dozları genellikle çok küçüktür ve hamileliğin sonlanması gerekmez.
- Ancak fetal dozun 150 mGY 'in üzerinde olduğu tahmin ediliyorsa dozdan doğan risk ile diğer riskleri karşılaştırılarak hamileliğin sonlandırılması söz konusu olabilir.
- **Riskli hasta gruplarında** (troid, göğüs ve akciğer hastalıkları, kanserler ve bağışıklık sistemini zayıflatan hastalıklar) hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilememek için troid koruyucular ve kurşun önlüklerle röntgen çekimi gerçekleştirilir. Diş hekiminiz ilgili doktorunuzdan konsültasyon isteyebilir. Bu tür rahatsızlığı bulunan hastaların ilgili diş hekimine ve röntgen teknisyenine hastalığı hakkında bilgi vermesi gerekmektedir.
- **Gelişim çağındaki çocuklarda** soğurulan radyasyon dozunun erişkinlerden daha fazla olması ve çocukların hücrelerinin radyasyona daha duyarlı olması nedeniyle röntgen çekimi pedodontik kurşun önlük ve troid koruyucu giydirilerek yapılır.

**İşlemin Alternatifi:** Diş hekimliğinde, şu an için radyasyona maruz kalınmayan başka bir görüntüleme şekli kullanılmamaktadır.

**Uygulanmaması durumunda;** Görüntüleme işleminizi ertelemeniz halinde hastalığınız hakkında tanı güçlüğü oluşabilir ve doğru tedavinin uygulanması zorlaşabilir. Göz ile görünmeyen patolojik oluşumların gözden kaçırılmasına, tedavi planlamasında hatalara neden olabilir.

**İşlem süresi;** Periapikal, panoromik röntgen çekimleri ortalama 5 dakika sürmektedir.

**Uygulama röntgen teknisyeni tarafından röntgen biriminde** yapılır.

**TANI / TEDAVİDEN SORUMLU DİŞ HEKİMİ VE/VEYA İŞLEMİ YAPAN RADYOLOJİ TEKNİSYENİ TARAFINDAN UYGULANAN RADYOLOJİK TETKİK VE BU TETKİKLE İLGİLİ OLARAK RADYASYONUN VEREBİLECEĞİ RİSK VE KOMPLİKASYONLAR KONUSUNDA YAZILI VE SÖZLÜ BİLGİLENDİRİLDİM. EN İYİ ŞEKİLDE X İŞİNİNDEN KORUNMAM SAĞLANDI (MİNİMUM DOZDA ÇEKİM VE KORUYUCU KURŞUN MATERYAL KULLANIMI VS.).**

**Açıklama:** 18 yaş üzerindeki hastaların kendilerinden, 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve yasal temsilcilerinden, 15 yaş altında olan ve karar verme yetkisi bulunmayan hastaların yasal temsilcilerinden Onam (Rıza) belgesi alınır.

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.



**İSTANBUL TOPÇULAR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  
**ORAL DİAGNOZ VE GÖRÜNTÜLEME (RÖNTGEN) İŞLEMİ**  
**BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ**  
**(ÖZEL VE GEBELİK DURUMLARINDA)**

Doküman Kodu	HD.RB.11
Yayın Tarihi	09.09.2017
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	-
Sayfa No	2 / 2

Size/hastanıza bilgilendirme yapılarak uygulanacak olan **KLİNİK MUAYENE ve RÖNTGEN TETKİKİNİ 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:

**Görevli Röntgen Teknisyeni**

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.