

DİŞ ÇEKİMİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın hasta / yasal temsilcisi,

Sağlık durumunuz /hastanızın sağlık durumu ile ilgili önerilen tıbbi, cerrahi, teşhis için gerekli işlemler ve alternatifleri, faydaları, zararları, riskleri hakkında bilgi sahibi olmak, tamamını, ya da bir kısmını kabul etmek, yapılacak işlemleri istediğiniz zamanda durdurmak hakkına sahipsiniz.

Tedaviye başlanmadan önce, kalp, şeker hastalığı, tansiyon ve benzeri sistemik hastalıkların, hepatit gibi bulaşıcı hastalıkların ve diğer hastalıkların, kullanılan ilaçların, hekiminizle paylaşılması hem kendi güvenliğiniz için hem de hekiminizin tedavi yöntemine karar vermesi ve tedaviyi planlaması için önemlidir.

Bu belge, planlanan uygulamalara izin verip vermeme konusunda sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

BİLGİLENDİRME;

Diş hekimlerinin öncelikli amacı, dişin ağızda en uzun süre kalmasını sağlamaktır. Ancak bazı durumlarda hastanın sağlığını korumak amacıyla veya tedavi planlaması gereği diş/dişlerin çekilmesi gerekmektedir. Diş çekimi son seçenektir. Geri dönüşü yoktur ve diş çekimine alternatif bir yöntem bulunmamaktadır.

- *İleri derecede çürümüş veya çok fazla madde kaybına uğradığı için tedavi şansı kalmamış,
- *Darbeye bağlı travmalar nedeniyle tedavi edilemeyecek şekilde kırılmış,
- *Kanal tedavisine yanıt vermemiş,
- *İleri derecede diş eti iltihabı sonrasında sallanmaya başlamış,
- *Aşırı konum değişikliğine uğrayıp, diğer dişler için de sorun yaratmaya başlamış veya başlaması muhtemel,
- *Diş etinin altında gömülü kalmış veya tam çıkamamış,
- *Ortodonti tedavi planlaması gereği fazlalık olan,
- *Zamanında düşmemiş süt dişlerinin de, yukarıda belirtilen durumlardaki dişler gibi çekilmesi gerekmektedir.

Diş Çekimi; ister zor ister rutin bir çekim olsun cerrahi bir işlemdir ve geri dönüşü yoktur. Her cerrahi işlemde olduğu gibi bazı riskler mevcuttur. Bu riskler aşağıdakilerle sınırlı olmamak üzere şöyle sıralanabilir :

1. Şişlik ve/veya kızarıklık, cerrahi alanda rahatsızlık
2. Ağız köşelerinde gerilmeye bağlı kızarıklık ve çatlama
3. Enfeksiyon gelişmesi ve yaranın geç iyileşmesi
4. Kuru soket - genellikle yetersiz bakım sebebiyle cerrahiden birkaç gün sonra başlayan çene ağrısı, özellikle yirmi yaş dişleri olmak üzere alt çene çekimlerinde daha sık rastlanır.
5. Özellikle geniş dolgu ve kronların varlığında komşu dişin zarar görmesi,
6. Dişetlerinde, dudakta, dilde, dişlerde ve çene ucunda duyu kaybı veya duyu azalması. Özellikle yirmi yaş dişi gibi kökleri sinirlere yakın olan dişlerde görülebilir. Hissizlik çoğu zaman geri döner, geri dönmesi 3 ay ile 1 yıl arası değişebilir. Nadir durumlarda kalıcı olabilir.
7. Trismus - iltihap veya şişmeye bağlı olarak ağız açmada kısıtlılıklar.
8. Kanama - şiddetli kanama sık değildir. Fakat sızıntı şeklinde kanama birkaç saat devam edebilir
9. Çekimden sonra keskin köşeler ve kemik basamakları çekim boşluklarında olabilir. Bunlar genellikle kendiliğinden iyileşir ancak bazı durumlarda yeni bir cerrahi müdahale ile düzeltilirler.
10. Kök parçalarının tam çıkarılmaması (Sinüsler veya sinir gibi önemli durumlara zarar vermemek için bazen küçük kök parçaları bırakılabilir.)
11. Sinüs ilişkisi - Üst çene arka dişlerin kökleri sinüslere çok yakındır ve bazı durumlarda kök parçaları sinüse kaçabilir veya sinüsler ile ağız arasında bir açıklık oluşabilir, bu durumlarla özel ilgilenilmesi gerekir.
12. Çene kırıkları - Çok nadir olmakla birlikte zor ve derin gömülü diş çekimlerinde oluşması mümkündür.

Tedavinin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

*Çürük dişler kontakta olduğu komşu dişleri çürüttüğü gibi barındırdığı bakteriler nedeni ile ağızdaki tüm dişlerde çürüklerin gözlenmesine neden olabilmektedir.

*İlerlemiş çürük nedeni ile canlılığını kaybetmiş dişlerde diş çürüğü tedavi edilemez boyuttaysa ve diş çekilmezse, enfeksiyon diş köküne ve dolayısı ile çene kemiğine yayılabilir. *Dişetlerinde ve yüzde şişme, lenf bezlerinin şişmesi ve ateş yükselmesi, ilerlemiş diş enfeksiyonunda gözlenen tablolardır.

*Bu tür diş enfeksiyonları uzun dönemde kalp, böbrek, eklem ve diğer organ rahatsızlıklarına neden olabileceği bilimsel olarak ispatlanmıştır.

DİŞ ÇEKİMİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Lokal Anestezi

Dış hekimliğinde kullanılan lokal anestezi sonucu oluşan his kaybı süresi kullanılan anestezi maddeye, anestezinin uygulandığı bölgeye ve kişinin anatomik yapısına göre, 1-4 saat arasında değişiklik göstermektedir. Anestezi sonucu facial paralizi (geçici yüz felci), amfizem (yüzde şişlik), hematoma (yüzde kızarma, morarma) gibi komplikasyonlar oluşabilmektedir. Bu durumlar geçicidir ve endişe edilmesine gerek yoktur. Anestezi sonucunda ayrıca alerjik reaksiyon (anafilaktik şok) oluşabilmekte, bu durumda acil müdahale edilmesi gerekebilmektedir.

Bunun için hastanın herhangi bir maddeye alerji olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce veya hekim ilaç yazacağı zaman söylemesi gerekmektedir.

Beklenmedik gelişmeler doğrultusunda tedavi ve bakım planında ek tedavi gereksinimleri veya değişiklikler olabilir. Bu gibi durumlarda herhangi bir işlem yapılmadan hasta/yasal temsilci bilgilendirilecektir.

Tıp ve Dış Hekimliği Biliminin ve eğitiminin gelişmesi amacıyla tedaviler esnasında hasta /yasal temsilciden izinli olarak ağız içi resim ve video görüntüleri alınabilir.

ONAM

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum.

Yapılacak uygulamanın amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Tedavi yöntemlerine ilişkin her türlü soru sorabilme fırsatı verildi ve sorduğum sorulara beni tatmin edecek cevaplar aldım.

Kendi rızamla tedavime ait gerekli her türlü tıbbi müdahalenin yapılması ve gerekli ilaçları kullanmak üzere onay veriyorum.

Hastanın Protokol Numarası:

Hastanın;

Ad Soyad:

Tel:

Adres:.....

İmza:

veya Hastanın Yasal Temsilcisinin*

Ad Soyad/Yakınlık Derecesi:

Tel:

Adres:.....

İmza:

HEKİM

İsmi yazılı olan hasta /yasal temsilci sine tarafımdan teşhis, yapılacak işlem ve nedeni, faydaları, işlem sonrası bakım, beklenen riskler, işlemi için gerekli ise uygulanacak anestezi tipi, anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta /yasal temsilcisi, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Hekim

Adı Soyadı :

İmza :

Tarih :

Saat :

* Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır