

KURON ve KÖPRÜ PROTEZLERİ İÇİN 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;

TEDAVİ İHTİYACINIZIN BELİRLENMESİ

Sabit protez (kuron-köprü, inlay-onlay dolgu, laminate veneer) gereksinimi aşağıdaki bir ya da birkaç nedenden kaynaklanabilir.

Kuron Endikasyonları:

- * Kanal tedavisi yapılmış olan dişlerin ileride kırılmasını önlemek için koruyucu olarak
- * Dişinizdeki görünmeyen çatlaklar yüzünden duyduğunuz aşırı hassasiyetin giderilmesi için
- * Tek diş eksiklerinde implant uygulamasını takiben
- * Kırılmış diş yada dolgularda
- * Dişte aşırı aşınma varlığında
- * Kozmetik ve estetik amaçlar (dişinizin rengi ve formu ile ilgili kaygılarınızdan kaynaklanan)
- * Karşıt çene ile uyumayan kapanış nedeni ile çiğnemede duyulan yetersizlik
- * Fonksiyon dışı alışkanlıklardan dolayı aşınmış dişlerde (kalem ısırma, tırnak yeme vb.)
- * Hareketli protezlerde kroşe gelmesi planlanan dişlere
- * Kaza sonucu oluşan kırıklarda

Kuron: Doğal dişe en yakın biçimde form ve fonksiyonun sağlanması için yapılır. Dolgu ile tedavi edilemeyecek dişlerde uygulanan tedavidir ve diştten bir miktar dokunun uzaklaştırılması gerekmektedir.

Eğer çürük ve travma vb. sonucunda yeterli olmayan miktarda diş dokusu kalmışsa kuron için yeterli destek sağlamak amacı ile tedaviden önce dişe dolgu yapılması gerekli olabilir. Bazen diş kökünden de destek amaçlı yararlanmak gerekebilir (post-core).

Kuron protezi taşıyacağı dişe yapıştırılarak sabitlenir.

Köprü Endikasyonları:

- * Köprü protezleri, kaybedilmiş dişlerin yerine konması (bunun için dişsiz bölgeye komşu en az iki diş gelmesi gerekir)
- * Hassas bağlantılı protezlerde bağlantı için
- * Çiğneme yükünü her diş üzerine yaymak amacı ile oklüzyon tedavisinde
- * İmplant yerleştirilmesini takiben
- * Diş eksikliklerinin giderilmesinde yeterli sayıda diş veya implant varlığında uygulanırlar.

Köprü: Çekilen bir dişin yerine yapay diş konması için yapıştırılan seri kurondur. Bir köprü dişsiz bölgeye komşu olan en az iki dişin veya implantın kaplanması gerekli kılabilir. Doğal ve sağlam dişlerinin kaplanmasını istemeyen hastalar için köprüye alternatif olarak, takılıp çıkarılan protez ya da eğer vaka uygun ise implant destekli kuronlar önerilebilir.

Köprüler kuronlarla benzer meteryallerden yapılır.

Klasik metal seramik köprülerde diştten çepeçevre/dişin her yüzeyinden olmak üzere 1,2 ile 2mm arasında aşındırma yapılır.

Kuron ve köprü protezi aşağıdaki şekillerde yapılabilir:

Tüm porselen: Kuronlar ışık kırılma ve görünümü doğal dişe en yakın olanıdır. Metal içermediğinden metal alerjisi gelişmez. Ancak tedavinin maliyetini etkiler.

Tam metal: Destek diş kaybı çok fazla olduğunda yapılır.

Metal porselen: Metal altyapı üzerine porselen kaplanır. Görünen yüzde metal yoktur ancak bazen damak tarafında dişetine yakın bölgelerde metal bir şerit görülebilir.

KURON ve KÖPRÜ PROTEZLERİ İÇİN BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

1. Birinci randevuda destek dişlerin hazırlanması, ölçülerin alınması ve geçici kuronların yapılması işlemleri gerçekleştirilir. Geçici kuronların tedavisi süresince ağızda kalması esastır, düşmesi durumunda hekiminizi arayınız aksi takdirde destek diş hareket edebilir ve daimi restorasyonun uyumu zorlaşır.

2. İkinci randevu birinci randevudan 4 ile 6 gün arasında değişen bir zaman aralığından sonra gerçekleştirilir. Bu randevuda altyapı materyalinin provası ve renk seçimi yapılır.

3. Üçüncü randevu ikinci randevudan 4-6 gün sonra yapılır. Renk, form, boyut provası yapılır ve hastadan renk, boyut, uyum onam istenir. Hastanın onayı alındıktan sonra protez yapıştırılır.

Kuron ve köprülerin kabul gören uluslararası ömrü 7 yıldır. Ancak, kişisel bakım, düzenli hekim kontrolü ile bu süre değişebilir.

Porselen inlay ve onlayler: Diş rengi, şekil ve formunda dişin içine ya da üzerine özel adeziv ve diş renginde yapıştırıcılarla yapıştırılanve laboratuvarıda hazırlanan porselen dolgulardır.

Porselen lamine veneerler: Porselen veneer, diş renginde özel yapıştırıcılarla yapıştırılan ve genellikle dişin ön yüzü ile sınırlı, porselen tabakalardır. Estetik amaçlarla kullanılır. Dişin ön yüzünde dişin mine tabakasından 1 mm den daha az madde kaldırılır. Laboratuvarıda hazırlanan veneerler provadan sonra, hasta kabul onayı alınarak dişe yapıştırılır.

Bununla birlikte, kuron ve köprü protezlerinin yapım işlemlerinin birtakım riskleri de beraberinde getirebilir.

- Dişlerin kesilmesi çürüyen yada kırılan dişin yerine konması için dişlerin küçültülmesi gerekir.
- Dişlerde hassasiyet sıklıkla kesilmesinden kuron yada köprünün yapıştırılmasına kadar geçen süre içerisinde dişler hassasiyet gösterebilir. Kısa bir süre içerisinde bu hassasiyet geçebilir.
- Kaplanacak dişe kanal tedavisi uygulamak gerekebilir.
- Kuron yada köprü protezinde çatlama ve kırılmalar oluşabilir. Bu durum sert gıdaların farklı çiğneme kuvvetlerinden ve aşırı diş sıkma-gıcırdatma gibi nedenlerden kaynaklanabilir.
- Hastanın ağız içindeki dil ve yanak gibi dokularının yeni yapılan dişlere alışması için bir süre geçmesi gereklidir. Bu süre hastaya göre farklılık gösterir.
- Estetik görünüm: Son yapıştırma işleminden önce hasta protezinin kabul edilebilir görünümünde olduğunu onaylamalıdır. Hastaya ancak kabul edilen protez uygulanabilir. Bu durum hasta kartına işlenir.

Lokal Anestezi

Diş hekimliğinde kullanılan lokal anestezi sonucu oluşan his kaybı süresi, kullanılan anestezik 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 alerjisi olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce veya hekim ilaç yazacağı zaman söylemesi gerekmektedir.

KURON ve KÖPRÜ PROTEZLERİ İÇİN BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

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 Diş 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 :