

PARSİYEL PROTEZLER 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;

Parsiyel protezler dişlerin bir kısmının kaybedildiği ve sabit protezlerin uygulanamayacağı durumlarda yapılır. Parsiyel protezlerde, protezin tutuculuğu doğal dişlere uygulanan kroşelerle (metal) sağlanır. Bu yüzden ön bölgelerde bir kısım metal görülebilir. Estetik sorun oluşturabilir.

Parsiyel Protez kullanımında pek çok etken başarısızlığa neden olabilir. Bunlar;

- Parsiyel protezlerin destek aldığı doğal dişlerde hassasiyet, ağrı ve hareketliliğinde artma olabilir.
- Bağlantı ve kroşelerin bulunduğu destek dişlerde çürükler ve kroşe altlarında aşınmalar oluşabilir.
- Destek dişin doku desteğindeki yetersizlik.

Proteзде Kırılma: Protezlerin yapılmasında kullanılması gerekli olan materyalden dolayı protez kusurlu olmasa bile kırılmalar oluşabilir. Aşağıda yer alan maddelerdeki faktörlerden dolayı oluşabilecek çatlamlar zamanla ilerleyerek kırılmalara neden olabilir. Kırığa neden olan bu faktörler;

- Aşırı sert gıdalar
- Dişeti dokusundaki zamana bağlı oluşan küçülmeler proteze aşırı ve kontrolsüz basınç gelmesi

Protez gevşemesi: Tam protezler normal olarak zaman içerisinde destek dokusundaki değişimlere bağlı olarak gevşeyebilir.

Protez gevşediğinde besleme yapmak gerekebilir ve bu işlemin maddi bir bedeli vardır. Parsiyel protezlerde gevşeme tam protezlerdeki nedenlere ilave olarak kroşe veya diğer tutucu elemanların gevşemesine ya da aşınmasına bağlı olarak gelişebilir.

Protez materyaline karşı alerji: Sık rastlanmamakla birlikte ağız dokuları protezin yapıldığı materyallere karşı allerjik reaksiyonlar gösterebilir.

Destek diş ya da dokularda oluşabilen problemler: Parsiyel protezlere destek olan doğal dişler çürük nedeni ile kırılabilir, aşırı yük alabilir ya da destek kemik zarar görebilir ve bunun sonucunda dişin çekimi gerekebilir. Destek diş ya da kemik dokusundaki bu yetersizlik zayıf diş ya da genel sağlığa bağlı olabilir.

Estetik;Parsiyel protezlerde, protezin tutuculuğu doğal dişlere uygulanan kroşelerle (metal) sağlanır. Bu yüzden ön bölgelerde bir kısım metal görülebilir. Estetik sorun oluşturabilir.

Parsiyel protezlerde protezin hastaya tesliminden sonra protezden kaynaklı ağrılı bölgeler oluşabilir. Sorumlu hekimin müdahalesi ile bu sorun kontrol randevularında çözülür.

Bu gibi problemler oluştuğunda ya da kabul edilebilir zaman dilimi içerisinde bir azalma gözlenmediğinde gerekli bakıma ulaşmak hastanın sorumluluğundadır.

Lokal Anestezi

Diş 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 allerjik 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.

PARSİYEL PROTEZLER 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;

veya Hastanın Yasal Temsilcisinin*

Ad Soyad:

Ad Soyad/Yakınlık Derecesi:

Tel:

Tel:

Adres:.....

Adres:.....

İmza:

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 :