

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ HASTA 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;

Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Dolguların olabilecek en yakın komplikasyonları;

- Ağrı
- Yemek yeme sırasında ve/veya ısı değişikliklerinde meydana gelebilecek duyarlılık
- Dolgu yapılırken veya yapıldıktan sonra dişin kırılması
- Diğer dişlere zarar verilmesi
- Çene eklemi rahatsızlıkları
- İlaçlara ve/veya anestezi maddelere reaksiyon

Bazı dişler basit bir dolgudan sonra dahi kanal tedavisine ihtiyaç duyabilir. Kanal tedavisi de her durumda yapılamayabilir. Bu durum çekimini gerektirebilir. Bu risk size öncesinde anlatılacaktır. Dolgular hastalıklı dişleri tedavi etmek için yapılır ve küçük bir ihtimalle bu dişlerin tedavileri sırasında ya da sonrasında kanal tedavisi yapılması gerekebilir. Dolgu yapıldığı sırada veya yapıldıktan sonra olabilecek komplikasyonları öğrendim. Amalgam dolguların sağlık açısından değiştirilmesinin yararı olmadığı tarafıma anlatıldı. Beyazlatma işleminin sonuçlarının garanti olmadığı ve olumsuz sonuçları olabileceği bildirildi.

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 alerjik reaksiyon (anafilaktik şok) oluşabilmekte, bu durumda acil müdahale edilmesi gerekebilmektedir.

Bunun için hastanın herhangi bir maddeye alerji si 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 Diş Hekimliği Biliminin ve eğitiminin gelişmesi amacıyla tedaviler esnasında hasta /yasal temsilciden izinli olarak ağız içi resim ve video görüntüleri alınabilir.

Herhangi bir genel sağlık problemi nedeni ile tıp hekiminden konsültasyon istenildiğinde, konsültasyon sonucu ile birlikte randevuya gelinmesi gerekmektedir. Konsültasyon nedeni ile istenen cevabın bir sonraki randevuya getirilmemesi durumunda tedavinin yapılması mümkün değildir. Bu durumda yeni bir randevu verilir.

Verilen randevuya tam zamanında gelinmemesi durumunda (15 dakika ve sonrası) tedavi ertelenebilir. Randevulara gelinmeyeceği durumlarda en geç 24 saat önce iptal edilmelidir.

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

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 yerince 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