

TAM 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;

Uygulanacak olan “Tam Protez” yapay bir organdır, hiçbir zaman kendi dişleriniz gibi işlev görmeyecektir.

- Tam protezler bütün dişlerin kaybedildiği durumlarda yapılır.
- Tam protez yapımı ile; kaybedilen fonksiyon, estetik ile birlikte konuşmadaki güçlükler ve kalan dokuların bütünlüğünün korunması sağlanır.

- Tam protezlerde protezin ağızda TAMAMEN sabit olması mümkün değildir.

- İlk kez tam protez kullanan hastalarda aşağıdaki sorunlarla ilk bir ay içerisinde sıklıkla karşı karşıya kalınır;

1. Özellikle alt protezin aşırı hareket etmesi: Dili oluşturan kaslar, ağız tabanının ve çenelerin hareketliliği, protezin yerinden oynamasına neden olur. İlk bir ay sonunda hastanın dili ve yanaklarını koordineli olarak kullanmasını öğrendikten sonra bu şikayetlerde bir miktar azalma olur.

2. Protezin altına yiyecek artıkları birikmesi

3. Konuşmada zorluk

4. Protez kenarlarında oluşan “protez vurukları”: kontrol randavularında hekimin yapacağı bir takım düzeltmelerle giderilebilen şikayetlerdir.

5. Besinlerin tadını almadaki yetersizlik : Psikolojik olarak oluşan bu problem ilk bir ay içerisinde kaybolur.

Tam protez yapımı aşağıdaki seanslardan oluşur ve en az aşağıda belirtilen seanslar kadar kliniğimize gelmeniz gerekmektedir.

1. Ölçü

2. Ölçü

3. Prova : Kapanış provası

4. Prova : Dişlerin kontrolünün yapıldığı prova, bu seansta hasta ve yakınlarından dişlerin rengi, boyutu, düzeni konusunda imzalı onam formu alınır.

5. Protezin hastaya teslimi

6. Kontrol

Tam 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 anestetik 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.

TAM 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;

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 :