|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TC Kimlik No |  | |
| Adı-Soyadı |  | |
| Telefon |  | |
| Dosya No |  | |
| Cinsiyet | E | K |

**Sayın Hasta/Hasta Yakını/Velisi/Vasisi;**

Bu formun amacı, sağlığınız ile İlgili konularda sizi bilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır. Bu form, çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmış olmakla birlikte bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak, doktorunuz size farklı ya da ek bilgi verebilir. Tanı, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek kendi kararınıza bağlıdır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilir veya dilediğiniz zaman rızayı geri alabilirsiniz.

**A. ANESTEZİ**

1. **İşlem Hakkında Bilgi:** Ben, …………………………………………………… kendimin (hastamın, doktorumun bana açıkladığı şekilde, tanı veya tedavi için bir girişim/ameliyat geçirmem gerektiğini ve bunun için anestezi hizmeti almam gerektiğini **öğrendim.** Anestezi uygulaması eksiksiz olarak yapılsa da ameliyat sırasında ve sonrasında ölüme dek varan bazı istenmeyen durumların (komplikasyonlar) ortaya çıkabileceğini anladım. Ayrıca yandaş hastalıklarım ve kullanmakta olduğum ilaçlar nedeniyle de anestezi riskinin artabileceğini açık bir şekilde anlamış bulunuyorum. Nadir de olsa bahsi geçen istenmeyen durumların (komplikasyonlar) şunlar olduğu tarafıma anlayacağım şekilde açıklandı; Kötü huylu ateş, ilaçlara ve kana karşı allerjik reaksiyonlar, solunumsal problemler (hava yolunda daralma, tıkanma, akciğer ile göğüs duvarı arasına hava kaçması vs.), akciğere kan pıhtısı atması, kalp atım düzeni bozuklukları ve kalp krizi, düşük veya yüksek tansiyon, inme, bulantı, kusma, mide içeriğinin havayoluna kaçması, anestezinin farkında olma, uyanmanın gecikmesi, anestezi sonrası huzursuzluk ve hayal görme, ameliyat pozisyonuna veya anestezistin yaptığı bölgesel anesteziye bağlı olarak çevresel sinirlerin zarar görmesi.
2. Ek İşlemler: Şayet ameliyatımdan ve anesteziden sorumlu doktorlarım ameliyat sırasında farklı ve umulmayan bir durum ile karşılaşırlarsa, onların gerekli göreceği tüm işlemleri bana/hastama yapmalarına **rıza gösteriyorum.** Bu ameliyat ile ilgili olarak sonucun ne olacağı konusunda tarafıma bir garanti ve teminat verilmemiştir. Hatta hastalığımın iyileşmesi sonucunu doğurmayabileceği de belirtilmiştir.
3. İşlemden Beklenen Faydalar: ...............................................................................................................
4. İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar: ..................................................

....................................................................................................................................................................

1. Varsa İşlemin Alternatifleri: ..................................................................................................................

**Tüm sayfa altlarına “okudum, ad - soyad, tarih”** **yazarak imza atınız**

**\*** İşlemin Riskleri/Komplikasyonları:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Genel Anestezi | Beklenen Sonuçlar | Total bilinç kaybı, soluk borusuna muhtemel tüp yerleştirilmesi |
| Teknik | Damar yolundan ilaç enjeksiyonu, akciğerlerin havalandırılması |
| Riskler | Ağız ve/veya boğaz ağrısı, seste kısılma ve/veya boğukluk, ağız ve/veya diş yaralanmaları, anestezi sırasında farkında olma, kan damarlarında hasarlanma |
| **Major/Minor Sinir Blokları**  **Sedasyonlu**  **Sedasyonsuz** | Beklenen Sonuçlar | Spesifik bir uzuv veya bölgenin geçici duyu ve/veya hareket kaybı |
| Teknik | Operasyon alanında duyu kaybı oluşturmak için sinir yakınlarına ilaç enjeksiyonu |
| Riskler | Nöbet geçirme, infeksiyon kuvvet kaybı, sürekli uyuşukluk, artık ağrı, kan damarlarında ve sinirde hasarlanma |
| İntravenöz  Rejyonel Anestezi  **Sedasyonlu**  **Sedasyonsuz** | Beklenen Sonuçlar | Bir uzvun geçici olarak duyu ve/veya hareket kaybı |
| Teknik | Turnike kullanımı ile birlikte kol veya bacaktaki venlere ilaç enjeksiyonu |
| Riskler | Nöbet geçirme, infeksiyon, sürekli uyuşukluk, artık ağrı, kan damarlarında hasarlanma |
| **Monitorize Anestezi Takibi**  **Sedasyonlu** | Beklenen Sonuçlar | Anksiyete ve ağrıda azalma, parsiyel veya total amnezi |
| Teknik | Akciğere solutularak, damar içine enjekte edilerek veya başka yollarla ilaç kullanımı |
| Riskler | Tam bilinç kaybı, solunum depresyonu, kan damarlarında hasarlanma |
| **Monitorize Hasta Takibi**  **Sedasyonsuz** | Beklenen Sonuçlar | Vital bulguların ölçülmesi ve takibi, anesteziste ileriki müdahaleler için hazırlıklı olma imkanı |
| Teknik | Yok |
| Riskler | Aşırı farkında olma, anksiyete ve/veya rahatsızlık durumu |

1. Kullanılacak İlaçların Muhtemel İstenmeyen Etkileri ve Dikkat Edilecek Hususlar: ........................

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Hastanın İşlem Öncesi ve Sonrası Dikkat Etmesi Gereken Hususlar İle Dikkat Edilmemesi Durumunda Yaşanabilecek Sorunlar: .........................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşılabileceği .......................................................

.........................................................................................................................................................................

1. Hasta/Hasta Yakını/Velisi/Vasisinin Onayı:

* Ameliyat öncesinde bu olasılık dahilinde olan riskleri kabul ediyorum. Yukarıdaki konularla ilgili bilgilendirilmeme ek olarak; uygulanacak anestezi yöntemi konusunda ek sorular sorabileceğim ve bunların da cevaplanabileceği, ameliyata karar vermeden uygun bir süre düşünme hakkımın bulunduğu, önerilen anestezi yöntemleri arasından seçim yapma hakkımın olduğu, seçtiğim anestezi yönteminden dilediğim zaman (ameliyat öncesi) vazgeçme hakkım olduğu konularında anlayabileceğim bir şekilde sözlü-yazılı olarak bilgilendirildim. Ayrıca, mevcut klinik durumum göz önüne alınarak bana uygun olan hangi anestezik ilaçların kullanılacağı ve bunların önemli özellikleri, sağlığım için kritik yaşam tarzı önerileri, gerektiğinde mevcut sağlık sorunuma göre uygun olan klinik ve bu kliniklerde tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceğim hakkında bana bilgi verildi. Ben Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerekli görülen ameliyat veya cerrahi işlem nedeni ile anestezi uygulayacak olan anestezi ve reanimasyon uzmanı, asistan, tekniker/teknisyen ve diğer yardımcılarının hastalığım ile ilgili olarak muayene ve gerekli tetkikleri yapabilmelerine özgürce izin veriyorum. Yapılacak muayene ve tetkikler ile ilgili yöntem bana tamamen açıklanmış olup, bunun; klinik gözlemler, vücudumdaki yaralanma ve hastalık bulguları ile bunların tanı ve takibine yarayacak incelemeler ile laboratuvar analizleri için kan örnekleri ve diğer örneklerin toplanmasını ve testlerinin yapılmasını içereceğini anladım. Yapılacak muayene ve tetkikler sonrasında hastalığımın tedavisine yönelik olarak yapılması gerekli olabilecek tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlere ile ilgili uygulanabilecek anestezi uygulamaları ve idamesi ile ilgili olarak bana gerekli bilgi ve seçenekler ile bunların sonucunda ortaya çıkacak olan riskli durumlar doktorum tarafından tamamen açıklanmıştır. Seçebileceğim anestezi yöntemi alternatifleri ile ilgili olarak sorularıma ayrıntılı yanıt verilmiş ve her yöntemin avantaj ve dezavantajları ile anestezi uygulaması sonrasında dikkat etmem gerekli konular tarafıma açıklanmıştır. Uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili olarak bu belgede yer almayan ancak benim öğrenmek istediğim konular ile gerekli görülen uygulamaya özgü diğer bilgilerde tarafıma sunulmuştur. Doktorum tarafından daha sonra da aklıma gelecek soruları da her zaman sorabileceğim ve bu konuda açıklama yapılacağı bilgisi tarafıma verilmiştir. Sunulan seçeneklerin risk, yan etki ve komplikasyonlarını tamamen anlayarak, bu bilgiler ışığında bana önerilen seçenekler arasından benim ve anestezi doktorumun uygun gördüğü anestezi uygulamasını tamamen özgür iradem ile kabul ediyorum.
* Uygulanmasını tercih ettiğim anestezi uygulamasının yapılması sırasında sağlığım açısından bir risk oluşacağının tespit edilmesi veya yapılan girişim sırasında anestezi altında iken başka bir uygulamanın yararıma olacağının doktorum tarafından belirlenmesi halinde doktoruma uygun gördüğü anestezi uygulamasını yapması için izin veriyorum. Hastanede veya bağlı birimlerindeki laboratuvar örneklerini, tıbbi kayıtları ve hastalığıma ait bilgileri, gerektiğinde herhangi bir fotoğrafımı da kapsamak üzere kimlik bilgilerimin gizli kalması koşulu ile genel sağlık kanunları ve kuralları ile etik kurallar çerçevesinde bilimsel araştırma ve yayınlarda kullanmaları için gerekli yetkiyi veriyorum/vermiyorum.
* Yukarıda yazılanlar ile ilgili olarak ortaya çıkacak zarar-ziyanlarda her ne şekilde olursa olsun hastane ve ilgili kişilerin herhangi bir sorumlulukları olmayacağını ve hiçbir talepte bulunmayacağımı beyan ve kabul ederim.
* "Sormak istediğiniz başka şeyler varsa sorun. Ne zaman isterseniz, hatta bu formu imzaladıktan sonra bile fikrinizi değiştirme hakkınız vardır."
* Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesinin ne anlama geldiğini biliyorum. Bu rıza formunu okudum ve tamamını anladım ve bunu ifade edebilirim. Bu formda belirtilenler dışındaki herhangi bir işlemin yalnızca hayatımı kurtarmak ya da sağlığıma gelebilecek ciddi bir zararı önlemek için gerekli olduğunda uygulanacağını anlıyorum. Bu formda bulunan bütün konuları ve sorduğum soruların cevaplarının benim anlayabileceğim şekilde ve tatmin edici olarak cevaplandırılmadığı durumda bu formu imzalamamam gerektiğini biliyorum ve bu nedenle rızama ait bilgileri ihtiva eden bu formu tekrar okudum, tam olarak anladım ve hiçbir tesir ve baskı altında kalmadan serbest iradem ile imzaladım.

Ben, „ yukarıda belirtilen anestezi uygulamalarının ve bu uygulamalar sırasında yapılması gereken tüm işlem ve müdahalelerin anestezi vermeye yetkili kişilerce bana uygulanabileceğine onay vermekte, yetkili anestezist tarafından gerekli görüldüğünde alternatif anestezi tiplerinin ve uygulamalarının da kullanılabileceğini **kabul etmekteyim.** Bu formu okuduğumu veya bana okuduğunu, anestezi uygulamalarının **risklerini,** alternatiflerini ve beklenen sonuçlarını **anladığımı,** bana soru sorma ve fikrimi/taleplerimi belirtme imkânı verildiğini **kabul eder** ve doğruluğunu **onaylarım.**

**B. GENEL ANESTEZİ İLE UYGULANACAK İŞLEMİN GENEL RİSKLERİ**

1. Artmış göğüs enfeksiyon riski, akciğerin küçük alanlarında sönmeler/çökmeler olabilir. Bu durum antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerektirebilir.
2. Ağrı ve şişmeyle birlikte bacaklarda pıhtı oluşumu (derin ven trombozu veya DVT) çok nadir olarak bu pıhtı bulunduğu yerden koparak akciğerlere gidebilir ve ölümcül olabilir.
3. Kalpte zorlanmaya bağlı kalp krizi veya felç.
4. İşlemden kaynaklanabilen ölüm.
5. Obez(kilolu) ve sigara içen hastalarda artmış yara yeri enfeksiyonu riski, göğüs enfeksiyonu, kalp ve akciğer komplikasyonları, pıhtılaşma.

**C. GENEL ANESTEZI SIRASINDA VE YAPILAN TEDAVILERLE ILGILI RİSKLER**

1. Down Sendromu, Cerebral Palsy, Mental Retardasyon vb. rahatsızlıklara sahip olan hastalarımızda hasta hekim kooperasyonu bozulduğu için normal muayene şartları gerçekleşmeyebilir. Bu tip hastalarda uygulanacak tedaviler ancak genel anestezi verildikten sonra ameliyat sırasında yapılan muayenede kararlaştırılabilir. Bu sebep ile bu tür hastalarda önceden konuşulan tedavi şekilleri ameliyat esnasında hekimin insiyatifi doğrultusunda gelişebilir.
2. **Kanama:** Ameliyat esnasında veya sonrasında birkaç hafta içerisinde olabilir. Ameliyat esnasındaki yoğun kanama nedeniyle tamponlanma yapılarak ameliyat sonlandırılabilir. Ameliyat sonrasındaki kanamaları durdurmak için lokal anestezi ile tamponlanma veya başka bir ameliyat gerekebilir. Kan kaybı nedeniyle kan tranfüzyonu (damardan kan verilmesi) gerekebilir.
3. Ameliyat sonrasında ağız açma ve kapama hareketlerinde çeşitli derecelerde kısıtlanma olabilir. Bu kısıtlama çenenin açılamasının tamamen engelleyecek seviyede olabilir. Bu durum geçici olabildiği gibi kalıcı olup tekrar bir ameliyat gerektirebilir.
4. Operasyon esnasında meydana gelebilecek kanama, damar yırtılmaları veya diğer anatomik organlarda meydana gelebilecek komplikasyonlara bağlı ölüm dahi meydana gelebilir.
5. Ameliyat sonrasında ameliyatın büyüklüğüne göre süresi değişen genel halsizlik, yatağa bağlı kalma, ağrı şikayetleri görülebilir.
6. Tedaviye bağlı enfeksiyon gelişebilir ve ona bağlı sistemik ve genel komplikasyonlar örneğin genel ateş yükselmesi, halsizlik, septisemi sonucu ölüm gibi sistemik ve ameliyat alanı şişmesi, ısı artışı, ağrı, lokal ödem, akıntı gibi lokal komplikasyonlarda gelişebilir.
7. Operasyon alanında seyreden sinirlerin yaralanmaları veya tamamen alınmalarına bağlı o sinirin innerve ettiği alanda uyuşukluk, felç, hissizlik ve şekil bozukluğu gelişebilir. Bu olay geri dönüşebilir olduğu gibi iç de düzelmeye bilir.
8. Değişik derecelerde ödem meydana gelebilir. Bu ödeme bağlı yüz şişmesi, göz kapanması, zorlukla nefes alma, yemek yemede zorlanma, şiddetli ağrı gibi durumlarla karşılaşılabilir.
9. **Ödem:** Özellikle zor çekimlerden sonra doku aralarında eksuda toplanmasına bağlı olarak yüz bölgesinde şişlikler meydana gelebilir. Ödeme bağlı olarak ağız hareketlerinde kısıtlama meydana gelebilir. Şişlik ilk birkaç günden sonra operasyonun büyüklüğüne ve yapılan bölgeye bağlı olarak bir hafta/10 gün içinde kendiliğinden geçer.
10. Operasyonla hedeflenen sonuçlara ulaşılamayabilir, bu durum tekrar bir ameliyat planlanarak düzeltilebilir veya tamamen vazgeçilebilir.
11. Operasyon esnasında kemiklerde (alt çene veya üst çene) kırılmalar meydana gelebilir. Operasyon alanına komşu anatomik oluşumlar dişler, sinüs boşluğu, yanak dokuları yumuşak damak, burun, dil, yutak, tonsiller hasar görebilir. Bu hasarlar düzeltilebileceği gibi düzeltilemeyecek kadar şiddetli olabilir.
12. Ameliyat sırasında ağız köşelerinde oluşan gerilmelere bağlı meydana gelebilecek yavaş iyileşen çatlaklar ve ağız yaraları oluşabilir.
13. **Sinir Yaralanması:** Operasyon esnasında bu bölgedeki sinir zedelenebilir. Bu durum ya ameliyat esnasında sinirin tam kesişine bağlı olarak veya ameliyat sonra sinirin etrafındaki ödem ve basıya bağlı olarak gelişebilir. Her iki durumda geri dönüşümsüz olabilir.
14. **Eklem sıkıntıları:** Çekim zorluğuna bağlı olarak eklemlerinizde geçici ve kalıcı olarak çene eklemi problemi ortaya çıkabilir.
15. **Alveolit:** Çekim sonrası özellikle tükürmeye, ağız bakımına dikkat etmemeye, çekim soketinde yemek atıklarının birikmesine ve sigara içmeye bağlı olarak çekim yeri enfeksiyonu meydana gelebilir. Hatta bu durum ilerleyerek çene kemiği iltihabına neden olabilir.
16. Diş çekimi yapılırken gerekli durumlarda kırılan dişin kök veya kökleri bırakılabilir.
17. Dişlerde veya restorasyonlarda (dolgu, kaplama) zedelenmeler olabilir.
18. Uygulanan tedavinin başarısız olması, tekrar tedavi gereksinimi veya mevcut durumun kötüye gitmesi.

**D. YAPILACAK ISLEM VE DIS TEDAVI UYGULAMALARI**

Yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir. Kliniğimizce sunulan tedavi hizmetlerini kabul edip etmemeniz hususunda karar vermeden önce klinik muayene, size konulan tanı, radyolojik görüntüleme, yapılması planlanan girişimler ve bu girişimlerin olası risk ve yan etkileri konusunda bilgilendirme hakkına sahipsiniz. Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz. Bu bilgileri okuyup imzalayarak size uygulanacak tedavileri kabul etmiş olacaksınız. Bu form ile amaçlanan, sizi tüm detaylar hakkında bilgilendirmek ve ağız ve diş sağlığınız ile ilgili muayene ve tedaviler için onayınızı almaktır.

**\*ANAMNEZ ALMA Uygulanacak **

Anamnez başvuru anındaki ve geçmişteki şahsi, sosyal, ailevi ve sağlık durumunun tespit edilmesi, şikayetlerin ve hekime müracaata kadar geçen zaman içinde hastalığın seyri ile ilgili bilgilerin toplanmasıdır. Amacı hasta ile hekimin iletişimini sağlamak, ön tanıya varmak için gerekli verileri toplamak ve hastanın istekleri ile ilgili bilgi edinmektir.

**Anamnez alma işleminden beklenenler:** Muayene ve diş tedavisi sırasındaki uygulamaları etkileyecek bir hastalığınızın ve kullandığınız bir ilacın olup olmadığının belirlenmesi.

**Anamnez alınmazsa oluşacak riskler:** Anamnez alınması sırasında doğru ve eksiksiz bilgiler verilmez ise muayene ve diş tedavisi sırasında hayati tehlikeye neden olacak durumlarla karşılaşılabilir.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** 10-15 dk.

**\*AĞIZ İÇİ VE ÇEVRE DOKULARIN MUAYENESİ Uygulanacak **

Klinik muayene, baş, deri, gözler, iskelet yapı, lenf nodları, çiğneme kasları, tükürük bezleri, çene eklemi, ağız boşluğundaki dişeti, dil, yanak gibi yumuşak dokuları ve dişler, kemik gibi sert dokuları kapsar.

**Muayeneden beklenenler:** Tedavi gereken dişlerin belirlenmesi, dil, yanak, dudak gibi yumuşak dokularda mevcut olan yara, kitle gibi durumların tespit edilmesi.

**Muayene yapılmazsa oluşacak riskler:** Şikâyetin olduğu diş ya da bölge belirlenemez.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** 10-15 dk.

**\*RADYOLOJİK TETKİK Uygulanacak **

Radyolojik değerlendirmede amaç, muayenede görülemeyen diş, kemik, yumuşak dokudaki patolojilerin teşhis edilmesidir. Muayene ve tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında çene, yüz bölgesinin röntgeninin çekilmesi gerekebilir.

**Radyolojik tetkikten beklenenler:** İncelenmek istenen bölgelerde patoloji vb. durumların belirlenmesi.

**Radyolojik tetkik yapılmazsa:** Patoloji ve nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir, detaylı durum değerlendirmesi yapılamaz, tedavinin başarısı değerlendirilemez.

**Olası riskler:** Röntgen çekiminde kullanılan x-ışını canlı doku için zararlıdır. Bu nedenle hekiminiz sizin için gereken en az sayıda röntgen isteyecektir. İşlem sırasında en az 20 saniye hareketsiz kalınması gereklidir. Hareket edilirse filmin kötü çıkması ve tekrar çekilmesi durumu söz konusu olabilir. Diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için kurşun önlük giydirilerek panoramik radyografi çekilmesi gerekebilir. Gerekli görüldüğünde daha detaylı görüntü elde edebilmek için şikayet bölgesinden periapikal filmler alınabilir. Röntgen çekimi öncesi hastanın baş ve boyun bölgesindeki bütün metal eşyaları (küpe, toka, kolye, gözlük, piercing, işitme cihazı vb) çıkarması gerekmektedir.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** 15-20 dk.

**\*FİSSÜR ÖRTÜCÜ VE FLOR UYGULAMASI** **Uygulanacak **

Fissür örtücü uygulamasında dişlerin çiğneme yüzeylerinde bulunan derin oluklar, temizlenmesi zor ve çürüğe yatkın bölgeler şeffaf, renkli veya beyaz fissür örtücülerle kaplanır. Flor uygulamasında jel ya da vernik formunda ürünler tüm dişlere uygulanır.

**Fissür örtücü ve flor uygulaması tedavilerinden beklenenler:** Diş yapısı güçlendirilerek diş minesinin asitlere karşı dayanaklılığını arttırılır ve böylece çürük oluşumu engellenmeye çalışılır.

**Fissür örtücü ve flor uygulaması tedavileri yapılmazsa:** Diş çürüğü gelişimi kolaylaşabilir.

**Tedavinin riskleri ve komplikasyonları:**Fissür örtücüler akıcı kıvamda olduğundan diş yüzeyinde herhangi bir aşındırma yapılmadan uygulanır ve yükseklik oluşturmaz. Flor uygulaması esnasında nadir de olsa kusma refleksi ve kullanılan materyale karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. İşlem sonrasında hastanın hekim tarafından belirtilen kurallara uyması durumunda sonraki süreçte bir sorunla karşılaşılmaz.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** Fissür örtücü uygulaması her bir diş için 10 dk. Flor uygulaması için 5 dk.

**\*LOKAL ANESTEZİ Uygulanacak **

Lokal anestezi; tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Lokal anestezik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. 2-4 saat sonrasında anesteziğin etkisi ortadan kalkar. Lokal anestezi uygulaması sonrası hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Hastanın anestezi sırasında ani hareket etmesi ile lokal anestezi iğnesinin kırılması veya anestezinin yanlış yere uygulanması söz konusu olabilir.

**Lokal anesteziden beklenenler:** Yapılacak olan girişimler sırasında (diş çekimi, kanal tedavisi, vs.) sırasında işlem yapılacak bölgeyi uyuşturarak ağrıyı engellemek ve hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmaktır.

**Tedavinin riskleri ve komplikasyonları:** Lokal anestezinin etki süresi (1-4 saat) geçene kadar hasta çiğneme yapmamalıdır. Aksi halde yanak ve dudak ısırılmasına bağlı olarak yumuşak doku travması görülebilir. Anestezi yapılırken ağrı yada ödem oluşabilir. Trismus denilen ağız açma güçlüğü oluşabilir, 2-3 haftada kendiliğinden düzelir. Anestezi yapılan bölgeye komşu sinirlerin etkilenmesi sonucu geçici yüz felci, geçici şaşılık, geçici körlük, kas zayıflığı, kulak memesi, burun ve dil uyuşukluğu oluşabilir. Bunlar anestezinin etkisi geçince tamamen düzelir. Bazen anestezi oluşmayabilir, tekrarlanması gerekebilir. Çok nadir olmakla birlikte alerjik reaksiyon sonucu anaflaktik şok görülebilir.

Hastanın anestezi sırasında ani hareket etmesi ile lokal anestezi iğnesinin kırılması veya anestezinin yanlış yere uygulanması söz konusu olabilir.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** İşlem yapılan dişin durumuna bağlı olarak 15-20 dk.

**\*DOLGU Uygulanacak **

Dolgu çürük nedeniyle zarar görmüş dişlere normal fonksiyonunu ve görünümünü kazandırmak amacıyla, çürümüş dokunun uzaklaştırılması ve boşluğun dolgu malzemesi (kompozit, kompomer, cam iyonomer) ile doldurulması işlemlerini içerir.

**Dolgu tedavisinden beklenenler:** Ağrı şikayetlerinin giderilmesi, çürümeyi durdurarak olası diş çekimin önlemesi, estetiğin ve çiğneme fonksiyonunun yeniden kazandırılmasıdır.

**Dolgu yapılmazsa**: Dişteki çürük ilerlerse, pulpa dokusunun etkilenmesi bağlı olarak, ağrıya ve şişliğe neden olabilir. Bu durumda kanal tedavisi ve çekim gibi daha ileri tedavilere ihtiyaç duyulabilir.

**Tedavinin riskleri ve komplikasyonları:** Bu işlemde lokal anestezi uygulanmaktadır. Çürüğün büyüklüğüne bağlı olarak dişte kırılma, dolgu düşmesi, soğuk-sıcak hassasiyeti ve ağrı olması, tedavi sırasında pulpa odasının (sinirlerin) açılması, dolgu işlemi sonrası ağrının devam etmesi durumunda kanal tedavisi ya da çekim gibi ileri tedavilere ihtiyaç duyulması.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** İşlem yapılan dişin durumuna bağlı olarak 45-60 dk.

**\*AMPUTASYON Uygulanacak**

Dişin kök kısmındaki pulpa bırakılarak sadece ağız içerisinde görülen üst kısmında etkilenen enfekte doku temizlenir. Bu tedavi özellikle süt dişlerine uygulanır. Açık apeksli daimi dişlerde kök gelişiminin devam etmesini sağlamak amacıyla da uygulanabilir.

**Amputasyon tedavisinden beklenenler:** Ağrı şikayetlerinin giderilmesi, estetiğin ve çiğneme fonksiyonunun yeniden kazandırılması sağlanabilir. Dişin pulpa dokusunu etkileyen enfeksiyon kök pulpasına ulaşmadan tedavi edilirse kanal tedavisi ve diş çekimi

riski azaltılmış olur.

**Amputasyon tedavisi yapılmazsa:** Ağrı, yüzde şişlik, yaygın enfeksiyon, kök ucunda lezyon, dişte kırılma, fonksiyon ve fonasyon kaybı, ağız kokusu oluşabilir. İlgili dişe kanal tedavisi yapılması ya da dişin çekilmesi gerekebilir. Erken diş çekimine bağlı olarak yer darlığı ve dişlerde çapraşıklık oluşabilir.

**Tedavinin riskleri ve komplikasyonları:** Bu işlemde lokal anestezi uygulanmaktadır. Diğer diş tedavilerinde olduğu gibi bu tedavide de her zaman kesin başarı beklenemez. İşlem sonrası hastada ağrı, enfeksiyonun yaygınlığının tahmin edilememesi durumunda apse oluşumu görülebilir. Amputasyon materyali olarak kullanılan kalsiyum hidroksit, ferrik sülfat ve MTA gibi ürünler biyolojik olarak doku dostu materyallerdir. Bu maddelere karşı bir yan etki beklenmez.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** İşlem yapılan dişin durumuna bağlı olarak 45-60 dk.

**\*KANAL TEDAVİSİ Uygulanacak **

Dişin içindeki pulpa dokusunun, köklerdeki kısmı da kapsayacak şekilde çıkarılması ve özel maddelerle kök kanallarının doldurulması işlemidir.

**Kanal tedavisinden beklenenler:** Ağrı şikayetlerinin giderilmesi, apse gelişmişse iyileşmesi, estetiğin ve çiğneme fonksiyonunun yeniden kazandırılmasıdır.

**Kanal tedavisi yapılmazsa:** Ağrı, yüzde şişlik, yaygın enfeksiyon, kök ucunda lezyon, dişte kırılma, fonksiyon ve fonasyon kaybı, ağız kokusu oluşabilir. Dişin çekimi gerekir. Erken diş çekimine bağlı olarak yer darlığı ve dişlerde çapraşıklık oluşabilir.

**Tedavinin riskleri ve komplikasyonları:** Bu işlemde lokal anestezi uygulanmaktadır. Kanal tedavisi yapılırken, kullanılan aletler kanal içerisinde kırılabilir, bu durumda alet kanal içinde bırakılabilir veya diş çekime gidebilir. Ayrıca kök kanalları tıkalı olabilir, buna bağlı olarak kanal tedavisi sonuçlandırılamayabilir. İşlem sonrasında ağrı ve şişlik oluşabilir. Kanal tedavisi yapılmasına rağmen, tedavinin hemen akabinde veya bir süre sonra dişin çekimi gerekebilir. Kanal tedavisi başarılı olsa bile, daha sonra o dişin bir daha ağrımayacağı anlamına gelmez.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** 60-75 dk.(Uygulama yapılacak dişin kök sayısına göre değişebilir.)

Acil Dental Travma Tedavileri Uygulanacak □

**\*ACIL DENTAL TRAVMA TEDAVILERI Uygulanacak **  
Travmaya maruz kalan dişler yapılan klinik ve radyografik muayenesi sonucunda geçici ya da kalıcı olarak restore edilir. Kırık diş parçaları mevcut ise diş kendi parçaları ile restore edilebilir, sallanan veya yer değiştiren dişler tel ve/veya adeziv rezin materyal yardımıyla, 2 hafta-4 ay arasında değişen süreyle diğer dişlere sabitlenebilir, yerinden çıkan dişler uygun koşullar sağlanıyorsa yerine yerleştirilebilir. İlk başvuru zamanında veya daha sonraki kontrol seanslarında dişler canlılığını kaybetmişse kanal tedavisi yapılabilir veya dişlerin çekilmesi gerekebilir. Uygulanacak olan tedavinin başarısı; hekime geç başvurulması, dişin ağız dışında kalma süresi ve getirilme şekli, ağız hijyeninin iyi/kötü olmasından direkt olarak etkilenmektedir. Önerilen tedavi uygulanmazsa: Diş ve çevre dokularda meydana gelen yıkım devam eder, dişin çekilmesi gerekli olabilir, süt dişlerinde meydana gelen travmalar sonucu alttaki daimi diş normalden farklı sürebilir veya süremeyebilir. Olası riskler: Hekimin önerisi doğrultusunda yapılacak kontrol seanslarına düzenli olarak gelinmesi tedavinin sonuçlarını etkilemektedir. Dişte ağrı, şişlik, renk değişimi benzeri problemler meydana gelirse kontrol seansından önce kliniğe başvurulması gerekebilir. Diş ve çevre dokular tedaviye olumlu cevap vermediğinde dişin çekimi gerekebilir. Tedavi sonrası dikkat edilmesi gerekenler: Anestezi etkisi (uyuşukluk) geçtikten sonra yemek yenilebilir. Hasta 1 hafta boyunca yumuşak diyet ile beslenmeli, travmaya uğrayan dişler ile sert gıdalar tüketmemelidir. Hasta dişlerini yumuşak bir fırça ile düzenli olarak fırçalamalı, travma bölgesinin temiz tutulmasına önem vermelidir. Hastaya verilen ilaçların hekimin önerdiği şekilde düzenli olarak kullanılması gerekmektedir.

**\* YER TUTUCU Uygulanacak **

Süt dişleri çürük veya travma sonucu erken kaybedilmiş ise daimi dişin süreceği yeri korumak için yer tutucu yapılmaktadır. Yer tutucular çocukların diş gelişimine ve kayıp sayısına bağlı olarak sabit veya hareketli olarak hazırlanabilir.

**Yer tutucudan beklenenler:** Çekim boşluğunun diğer dişler tarafından daraltılmasını ve kapatılmasını önler. Daimi diş sürene kadar bu boşluğu koruyarak ideal pozisyonda ve sürmesi gereken zamanda daimi dişin sürmesini sağlar.

**Yer tutucu yapılmazsa:** Erken süt dişi çekiminden sonra yer tutucu yapılmazsa daimi diş normal yerinin dışında sürerek ortodontik problemlere yol açabilir.

**Tedavinin riskleri ve komplikasyonları:** Yeterli oral hijyen sağlanamadığında ağızdaki yer tutucuya bağlı olarak plak birikiminde artış olur ve çürük gelişimi için uygun bir ortam oluşur. İlk takıldığında diş etlerine rahatsızlık verebilir ve konuşmayı olumsuz etkileyebilir. Düzenli kullanıma bağlı olarak zamanla bu şikayetler kaybolur. Gece yatmadan önce hareketli yer tutucu su dolu bir kap içerisine konulmalıdır. Çünkü uzun süre kuru ortamda bekletilmesi durumunda ağza yerleşmeyebilir. Beslenme sonrasında harekeli yer tutucular çıkarılmalı ve yumuşak bir fırça yardımı ile hassas bir şekilde temizliği sağlanmalıdır. Hareketli yer tutucunun metal kısımları kesinlikle eğilip bükülmeye çalışılmamalıdır. Bu talimatlara uyulmadığında kırılmalar ve kırık parça yutulmaları olabilir. Sabit yer tutucu kullanımında en önemli husus ağız hijyeninin çok iyi sağlanması gerekliliğidir. Dikkat edilmemesi durumunda destek alınan dişlerde çürükler meydana gelebilir. Sabit yer tutucular, hareket etmeyen, yapıştırıcı ile monte edilen ve sadece hekim tarafından çıkarılan apereyler olduğu için kesinlikle çıkarılmaya çalışılmamalı ve farklı aletlerde kuvvet uygulanmamalıdır. Bu konudaki hatalı yaklaşımlara bağlı olarak sabit yer tutucular düşebilir. Hastanın yutma ve aspire etme ihtimali bulunmaktadır. Çenelerin büyüme ve gelişimine bağlı olarak zamanla yer tutucu uyumsuz hale gelebilir. Bu nedenle düzenli olarak 3 ayda bir hekiminiz tarafından kontrol edilmeli ve gerekli durumda yer tutucu yenilenmelidir.

**İşlemin alternatifi:** Yok.

**İşlem süresi:** Başlangıç ölçüsü alındıktan sonra yer tutucunun teslimi tahmini 5 iş günüdür.

**KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ FİYAT TARİFESİ (KSHFT):**Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından finansmanı karşılanmayan sağlık hizmetleri, kişiler Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında olsadahi Ek-2 KSHFT üzerinden fiyatlandırılır.Ayrıca, hizmetin GSS kapsamında olmadığı, GSS kapsamında olduğu halde sağlık hizmet bedelini hastanın kendisinin ödeyeceğini beyanettiğive GSS kapsamında olduğuhaldeSUT (Sağlık Uygulama Tebliği)hükümleri çerçevesinde SGK tarafından ödenmediği durumlarda sunulan sağlık hizmet bedelleri Ek-2 KSHFT üzerinden fiyatlandırılır.

**D. ÖNEMLİ RİSKLER VE KONU İLE İLGİLİ TEDAVİ SEÇENEKLERİ**

Doktor; benim için önemli riskleri, problemleri ve komplikasyon gelişirse oluşabilecek sonuçları tarafıma anlatarak açıkladı. Doktor; konu ile ilişkin tedavi seçeneklerini açıklaması yanında işlem dışında gelişebilecek riskleri de açıkladı.

**E. İŞLEM VE DURUMLAR**

“Yukarıdaki durumlar doktor tarafından tarafıma açıklandı”(Hastanın kendi kelimeleriyle) …………………................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. **HASTA İZNİ**

**Şunları Kabul Ediyorum;**

* Doktor, tıbbi durumumu uygulanacak prosedürleri açıkladı.
* Uygulanacak işlemlerin risklerini, bana özgü olabilecek riskleri ve olası sonuçları anladım.
* Doktor; konu ile ilgili diğer tedavi seçeneklerini ve ilişkili riskleri açıkladı.
* Doktor; anestezi risklerini ve anestezi risklerini arttıran faktörleri açıkladı.
* Durumum, riskler, uygulanacak tedavi ve tedavi seçenekleri hakkında, endişelerim için doktora sorular sorabildim.
* Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna oldum.
* Uygulanacak işlemlerin, uzman doktor nezaretinde eğitim maksadıyla diğer doktorlar tarafından yapılabileceğini anladım.
* Uygulanan işlemler sırasında gelişebilecek acil, hayatı tehdit eden durumlar ve nasıl müdahale edilebileceğini anladım.
* Uygulanacak tedavinin durumumu iyileştirebileceğinin garantisi olmadığını ve daha da kötü olma ihtimalim olduğunu anladım.
* Tedavi/girişim’den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
* Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların (fotoğraf, anamnez vs.) ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı.
* Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
* İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Yukarıdaki ifadelere dayanarak; **İŞLEMLERİN YAPILMASINI RİCA EDERİM.**

**Hastanın Adı Soyadı: Bilgilendirmeyi yapan hekimin;**

**İmzası: Adı Soyadı:**

**İmzası:**

**Hasta ve hastanın yasal temsilcisi\*- Görüşme tanığının;**

**Yakınlık Derecesi Adı Soyadı:**

**Adı Soyadı: İmzası:**

**İmzası:**

**TARİH: ….. ./ ..… ./ …….. Saat:…………….**

**\* Yasal Temsilci:** Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır. (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz.