|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Pedodonti Anabilim Dalı**  **İlk Muayene Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.12 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 1/2 |

Evrak No :

Hasta Adı Soyadı :

TC Kimlik No :

Telefon No :

Merkezimizde çocuğunuza uygulanacak olan tedaviler konusunda bilgilendirilme hakkına sahipsiniz. Amacımız sizi tüm detaylar hakkında bilgilendirerek çocuğunuza uygulanacak olan ağız ve diş sağlığı ile ilgili girişimlerde rızanızı almaktır. Tedavi ve işlemlerinin yararlarını ve olası komplikasyonlarını öğrendikten sonra çocuğunuza yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek sizin kararınıza bağlıdır.

**İşlemin Tanımı;** 0-14 yaş arası çocukların İlk muayenesini kapsar ve gerekli durumlarda aşağıdaki tetkik ve uygulamalar (İntraoral (Ağız İçi) Radyografik Tetkik, Ekstraoral (Ağız Dışı) Radyografik Tetkik, Vitalite Testi, Flor uygulaması, Fissür Örtücü uygulaması) gerçekleştirilebilir. Teşhis sonucuna göre tedaviniz için randevu verilebilir.

**Çocuk diş hekimliğinde tedavi yapılacak hastaların, genel sağlık durumları ile ilgili olarak (alerji, geçirilmiş bulaşıcı olma riski olan hastalıklar, devam eden tedaviler, kullanılmış ve/veya kullanılmakta olan ilaçlar, geçirilmiş olan ameliyatlar vb.) hekime bilgi vermesi zorunlu olup,** bu bilgiler ışığında yapılacak olan tedavinin engellenmesi ya da olumsuz olarak etkilenmesi söz konusu olacak ise tedavi öncesi hekim tarafından ilgili hastalık ve/veya ilaç kullanımı ile ilgili bir takım tetkik ve ilgili doktorlardan görüş istenebilir.

## 1. İntraoral (Ağız İçi) Radyografik Tetkik

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve tedavi sonrasında kontrol amaçlı olarak diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için diş/çevre dokuların ağız içinden röntgeninin çekilmesi gerekebilir. Röntgen filmi ağız içerisine yerleştirilerek işlem gerçekleştirilir. Radyografik tetkikten beklenenler: Şikâyet bölgesinin ayrıntılı incelenerek şikâyete neden olan diş ya da kemik bölgesinin belirlenmesi. Radyografik tetkik yapılmazsa: Şikâyet nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir. Tedavi sonrası kontrol radyografileri alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez. Olası riskler: Röntgen filmi çekimi sırasında hastanın bulantı refleksi tetiklenerek bulantı ve bazen kusma oluşabilir. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir.

## 2. Ekstraoral (Ağız Dışı) Radyografik Tetkik

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve tedavi sonrasında kontrol amaçlı olarak diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için çene yüz bölgesinin röntgeninin çekilmesi gerekebilir. Röntgen filmi ağız dışında konumlandırılarak işlem gerçekleştirilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır. Radyografik tetkikten beklenenler: Şikâyet bölgesinin ayrıntılı incelenerek şikâyete neden olan diş ya da kemik bölgesinin belirlenmesi. Radyografik tetkik yapılmazsa: Şikâyet nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir. Tedavi sonrası kontrol radyografileri alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez. Olası riskler: İşlem sırasında en az 20 saniye hareketsiz kalınması gerekli olduğundan hareket edilirse filmin kötü çıkması ve tekrar çekilme durumunun söz konusudur. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir.

## 3. Vitalite Testi

## Teşhis ve tedavi planlaması sırasında dışarıdan verilen bir uyarana (soğuk, sıcak, elektriksel vb.) karşı dişin, sinirsel olarak cevabının değerlendirildiği testtir. Testten beklenenler: Test sonucuna göre tedavi yönteminin belirlenmesi. Test yapılmazsa: Doğru tedavi yöntemi belirlenemez. Olası riskler: Diş, çevre doku ve restorasyonun durumuna göre yanlış pozitif veya yanlış negatif cevap alınabilir.

## 4. Flor Uygulaması

Flor, diş minesini asitlere karşı koruyarak dişlerin çürümesini önleyen ayrıca dişin oluşumu sırasında yapısına girerek dayanıklılığını arttıran bir elementtir. Diş yüzeylerine flor içeren preparatların uygulanması ile gerçekleştirilmektedir.

Hasta İmza Hekim İmza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Pedodonti Anabilim Dalı**  **İlk Muayene Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.12 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 2/2 |

Tedaviden beklenenler: Diş çürüğünün önlenmesi ve hassasiyet problemi olan hastalarda hassasiyetin giderilmesi amaçlanmaktadır. Önerilen tedavi uygulanmazsa: Diş dokusunda geri dönüşü olmayan mineral kaybının görülmesi ile diş çürüğü oluşabilmektedir. Olası riskler: Florozis ve flor toksisitesi görülebilmektedir. Tedavi sonrası dikkat edilmesi gerekenler: Hasta, uygulama sonrası 10 dakika boyunca tükürmelidir. Florun etkisini azalttığı için süt ve süt ürünleri, uygulamanın yapıldığı gün içinde tüketilmemeli ve dişler fırçalanmamalıdır.

**5. Fissür Örtücü Uygulaması**

Dişlerin çiğneme yüzeylerinde bulunan derin oluklar, temizlenmesi zor ve çürüğe yatkın bölgelere şeffaf veya beyaz renkte sıvı şeklinde koruyucu madde uygulaması ile gerçekleştirilen bir koruyucu diş hekimliği yöntemidir. İşlemden Beklenen Faydalar; Diş minesinde oluşabilecek çürüğü engeller. Akıcı kıvamda olduğundan diş yüzeyindeki herhangi bir aşındırma işlemi yapılmaksızın uygulanır ve yükseklik oluşturmaz. Önerilen tedavi uygulanmazsa: Dişlerde bulunan derin oluklarda çürük oluşma riski artar. Olası riskler: Yeterli ağız bakımının sağlanmadığı durumlarda, fissür örtücü uygulanmış dişlerde yeniden çürük oluşabilir. Sert yiyeceklerin yenilmesi durumunda fissür örtücüler kırılabilmekte ve bu bölgeler yiyecek artıklarının tutunmasına daha yatkın bölgeler haline gelmekte ve dolayısıyla bu dişlerin çürük riski artabilmektedir. Bu nedenle fissür örtücülerin düzenli aralıklarla takip edilmesi gerekir. Tedavi sonrası dikkat edilmesi gerekenler: Hastalar, diş hekiminin tavsiyeleri doğrultusunda kontrollere gelmelidir.

## 6. ONAY

Tüm ağzımın detaylı muayenesi yapıldı. Ayrıca ilgili bölümlerde hekimler tarafından hastalığın ne olduğu, tedavinin neden gerektiği, içerdiği riskler, oluşabilecek problemler, alternatif yöntemler, tedavi sonrası oluşabilecek değişiklikler, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek durumlar açıklandı.

Teşhis ve tedavi esnasında;

* Konsültasyon istenebileceği ve bunların tedavi sürecine katılabileceği,
* Öğrencilerin tanı ve tedaviye katılacağı, asistan ve öğretim üyeleri denetiminde çalışacakları,
* Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi ve Çocuk Diş Hekimliği hekimlerinin, öğrencilerin, dental teknisyen ve röntgen teknisyenlerinin röntgen çekebileceği,
* Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, radyolojik görüntülerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceği,
* Verilen randevulara aksatmadan gelinmesi ve hekimin tedavi ile ilgili öneri ve uygulamalarına uyulmasının tedavi sonuçlarını doğrudan etkileyebileceği, tarafıma açıklandı.

Çocuğumla ilgili olan tedavi ya da tedavilerin uygulanmasını, tedavi sırasında ya da sonrasında oluşabilecek tüm sorunların bilincinde ve benim sorumluluğumda olduğunu, çocuğumun olası bir durumda başka bir hastanede tedavi görmesi gerekirse sevk edilmesini kabul ediyorum. Uygulanacak tedavi/tedavilerin yapılmasına izin veriyorum.

Çocuğunuzun geçirdiği veya geçirmekte olduğu sistematik rahatsızlıklar;………………………………….

Sürekli kullandığı ilaç/ilaçlar: …………………………………………………………………………………………

**Yukarıda anlatılan işlemler mesai dışında uygulanacak ise bu işlemler ve SGK tarafından ödenmeyen işlemler için de ödeme yapmam gerektiği tarafıma açıklandı. Ücreti ödemeyi kabul ediyorum. Rıza belgesinin bir nüshası tarafıma verilmiştir.**

**(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA ‘Bu Rıza Belgesini; Okudum, Anladım ve Kabul Ediyorum ’ YAZARAK İMZALAYINIZ) …………………………………………........……………………………………………………........................................................................…………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Adı-Soyadı** | **Tarih-Saat** | **İMZA** |
| **Hasta / Hastanın Yasal Temsilcisi-Yakınlık Derecesi** |  |  |  |
| **Bilgilendirmeyi Yapan Hekim** |  |  |  |
| **Tercüman (Kullanılması Halinde)** |  |  |  |