



T.C.  
**İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ**  
**PEDODONTİ ANABİLİM DALI**  
**AMPUTASYON İŞLEMİ İÇİN**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ**



Doküman kodu: HD.RB.15

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:1/1

Sayın Hastamız,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi/cerrahi tedavi ve tanıya yönelik tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı; sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda sizi daha bilinçli bir biçimde karara ortak etmektir. Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekerseniz diş hekiminize açıklaması için lütfen danışınız.

**Kliniğimizde uygulanan işlemler öğretim üyesi, araştırma görevlileri, doktora öğrencileri ve öğretim üyesi gözetiminde stajyer diş hekimleri tarafından yapılacaktır.**

**Hastalığın Muhtemel Sebepleri, Nasıl Seyredeceği ve İşlemden Beklenen Faydaları:** Derin çürüklü ya da travma nedeniyle kırılan dişlerde, çürük ve zayıflamış diş dokularının gerekli ise lokal anestezi ile uzaklaştırılmasının ardından, enfekte kron pulpa dokusunun (dişin damar ve sinir içeren kısmı) kısmen veya tamamen çıkarılması (amputasyon) işlemidir. Kalan diş dokuları, semptomsuz hale gelecek biçimde özel dolgu materyalleri ile örtülerek restore edilir Çürüğün ilerlemesinin durdurulması, ağrı mevcut ise giderilmesi, dişin semptomsuz bir biçimde işlevine devam etmesi amaçlanmaktadır.

**İşlemin Nerede ve Kim Tarafından Yapılacağı:** İşleminiz diş hekiminiz ve öğretim üyesi gözetiminde stajyer diş hekimleri tarafından diş ünitesinde yapılacaktır.

**İşlemin Tahmini Süresi:** Şartlara göre değişkenlik göstermekle birlikte **15 dk-30 dk arasında** sürebilir.

**İşlemin Alternatifi:** Yoktur.

**Muhtemel Riskler/Komplikasyonlar:** Dişin yenilenme yeteneğine ve hastanın ağız bakımına bağlı nedenlerle bu tedavi her zaman başarılı olmayabilir. Dişte ağrı meydana gelirse ve diş restore edilebilecek durumda ise kanal tedavisi yapılır. Aksi durumlarda cerrahi tedavi planlanır.

**İşlemin Uygulanmaması Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Sonuçlar:** Diş dokusu kaybı devam eder, kanal tedavisi veya dişin çekimi gerekli olabilir.

**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Organik çözücü ve dezenfekte edici maddeler kullanılmaktadır.

**Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** **Amputasyon işleminden sonra;**

- 24 saat kırılmaları engellemek için dolgunun üzerine çiğneme yapılmamalıdır.
- Yeni yapılan dolgularda yaklaşık 6 aya kadar zamanla azalacak şekilde ağrı ve hassasiyet olabilir.
- Ağrı ve hassasiyetin geçmemesi durumunda alternatif tedaviler uygulanabilir.
- Dil, el veya yabancı cisimlerle dolgu kurcalanmamalıdır.
- Ağız hijyenine dikkat edilmeli, dişler fırçalanmalıdır.

**Gerektiğinde Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği:** Mesai saatleri içerisinde İzmir Demokrasi Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi'ne, mesai dışı saatlerde açık olan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerine başvurulabilir.

**İlaç Kullanımı:** Sadece hekiminizin önerdiği ilacı doz önerilerine azami dikkat ederek kullanınız.

### **ONAY**

Öğretim Üyeleri, Araştırma Görevlileri, Doktora Öğrencileri ve Öğretim Üyesi Gözetiminde Stajyer Diş Hekimleri tarafından yapılmasına onay veriyorum. **Kızım/Oğlumun** kimlik bilgilerinin gizli tutularak anamnez bilgilerinin, fotoğraflarının, tetkik sonuçlarının (radyografiler, laboratuvar sonuçları vb.) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceğini kabul ediyorum. Yukarıda yazılanları okuduğumu, **Kızım/Oğlum** için planlanan tedavinin neden gerektiğini, tedaviden beklenen faydaları, içerdiği riskleri ve oluşabilecek problemleri, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek olaylar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı, bunları göz önünde bulundurarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu bilerek doktorum tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyorum ve onaylıyorum.

**Lütfen el yazınızla "Okudum anladım, bu belgenin bir nüshasını aldım." yazarak imzalayınız.**

	ADI-SOYADI	TARİH	İMZA
Hasta / Hastanın Yasal Temsilcisi*-Yakınlık Derecesi			
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim			
Tercüman (Kullanılması Halinde)			

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