



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI
SÜT DİŞİ ÇEKİMİ İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.17

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.

Hastalığınız Muhtemel Sebepleri, Nasıl Seyredeceği ve İşlemden Beklenen Faydaları: Çekim Uygulanacak Dişteki/kökteki enfeksiyon tedavi edilemeyecek kadar ilerlemişse çekilmesi gerekir. Eğer dişteki enfeksiyon tedavi edilemeyecek kadar ilerlemişse, enfeksiyonun daha fazla yayılmasını önlemek için en iyi yol çoğu zaman dişin çekilmesidir. Yanlış pozisyonda sürmüş, ark dışı, fonksiyonel olmayan, fonksiyonları olumsuz etkileyen dişlere ortodontik tedavi gereksinimi yoksa çekimi gerekebilir.

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

İşlemin Tahmini Süresi: Şartlara göre değişkenlik göstermekle birlikte diş çekimi anestezi uygulaması (uyuşturma) dahil **15dk – 2,5 saat** sürebilir.

İşlemin Alternatifi: Yoktur.

Muhtemel Riskler/Komplikasyonlar: İşlem sonrasında ağrı veya şişlik nadirdir ve genellikle düşük düzeydedir. Çekim sonrasında bölgenin lokal bir enfeksiyonu olan ve alveolit denilen bir durum gerçekleşebilir ve birkaç gün süren ağrılara sebebiyet verebilir. Bu durumda hekiminiz gereken pansumanlarla olaya müdahale edecektir. Dişin çekilmesi ile enfeksiyon kaynağı olan diş/kök tamamen vücuttan uzaklaştırılmış olur fakat bir dişin kaybı istenmeyen bir durumdur, bu nedenle dişlerin dolgu veya kanal tedavisi ile tedavi edilip edilemeyeceği mutlaka değerlendirilmelidir.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Ortaya Çıkabilecek Muhtemel Sonuçlar: Diş çekimi gereken bir dişin çekiminin yapılmaması sonucu bu dişler ağrı, şişlik hatta çenelerde kemik kayıplarına neden olabilmekte, çekimi yapılmayan enfekte süt dişleri/kök artıkları, alttan gelen daimi dişlere de zarar verebilmektedir.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Dokuya uyumlu kanama durdurucu ajanlar kullanılabilir.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:

- Hasta işlem bölgesine yerleştirilen tamponu 30dk boyunca ısırmalıdır.
- Tampon çıkarıldıktan sonra ilk gün sızıntı şeklinde kanama, şişlik, yüz ve boyun bölgesinde morarma olması normaldir.
- Bu süreçte hasta ağzını çalkalamamalı, tükürmemeli, pipetle meyve suyu vb. ürünler tüketmemelidir. Ağır efor gerektiren etkinliklerden uzak durmalı gerekirse gece yarı oturur pozisyonda yatmalıdır.
- İşlem bölgesine dışarıdan buz uygulanabilir.
- Hekimin belirttiği süre boyunca sıcak ve taneli besinler tüketilmemelidir. Yara bölgesinin temizliğine özen gösterilmelidir.
- Çekim sonrası enfeksiyon ortadan kalktığı için çekim bölgesinin iyileşmesi bir-iki hafta içerisinde gerçekleşir.

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. **Kızımın/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, rıza belgesinin 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 mirasçılardır. (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz)