



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KÖK KANAL TEDAVİSİ İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.19

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:1/2

Hasta Bilgileri:

Adı Soyadı :

T.C. Numarası :

Amaç: Bu onam formu, uygulanacak tüm işlemler sırasında karşılaşılabilecek muhtemel yan etkiler hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmenizi sağlamak, bunları bilerek muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi onaylamak amacıyla size imzalatılmaktadır.

Kapsam: Bu onam formunun kapsamı dahilinde tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker, tansiyon vb.) varsa bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi), kullandığı ilaçları, geçirdiği ameliyatları, alerjilerini, varsa radyoterapi gördüğünü, varsa gebelik durumunu hekimiyle paylaşılması gereklidir. Hekim gerekli gördüğü taktirde diğer branşlardan konsültasyon isteme hakkına sahiptir. Diş tedaviniz sürerken ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Değişiklikler söz konusu olduğunda tarafımızca bilgilendirmeniz sağlanacaktır.

Tıbbi uygulama gereğince yapılmış olması hali dahil, uygulanan tedavilerle ilgili tam bir memnuniyet sözü veya garanti verilmemiştir. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma ihtiyaç duymanız durumunda kliniğimiz hasta kabul birimine başvurmanız halinde gerekli yönlendirme yapılacaktır.

Tanımlar: Pulpanın ve/veya çevre dokuların iltihabi hastalıklarının tedavi edilmesi ya da önlemesi amacıyla yapılan tedaviye kök kanal tedavisi denir.

Sorumlular: Tedaviyi yapan öğretim üyesi, uzman hekim ve uzmanlık/doktora öğrencisi

Faaliyet akışı: Dişin gereksinimleri doğrultusunda kök kanal tedavisi yapılacaktır.

İşlemin Kimin Tarafından Yapılacağı: Uygulama öğretim üyesi, uzman hekim ve uzmanlık/doktora öğrencisi, öğretim üyesi/elemanı nezaretinde klinik uygulamada bulunan öğrenciler tarafından Endodonti Anabilim Dalı kliniğinde yapılacaktır.

İşlemden Beklenen Faydalar: ilgili dişteki ağrı ve diğer semptomlar geçer, çiğneme fonksiyonunu yeniden kazandırılır, tedavinin başarılı olması durumunda dişin ağızda kalma süresi uzar.

İşlem Gerekli Durumlarda Tedavi Yapılmadığı Taktirde: dişte fonksiyonel kayıp, mevcut semptomların devam söz konusudur. Dişin tedavi edilemez duruma gelmesi ve sonucunda dişin çekimi, çekilen dişin yerine ileri protetik tedavi gerekmesidir.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda (Reddetme) Karşılaşılabilecek Sonuçlar: Diş çekimi gerekebilir.

İşlemin Riskleri ve Komplikasyonları: İşlem sonrası ilgili dişte dokunmaya ve çiğnemeye karşı hassasiyet olabilir bu süre 1 haftada ya da uzun olabilir. Süresi kişiden kişiye değişebilir. İşlem sonrası hafif/şiddetli ağrı ve şişlik ortaya çıkabilir. İşlem sırasında kullanılan metal aletler kök kanalı içinde kırılabilir. Bu komplikasyonda dişin durumu uygunsa kök kanal tedavisi tamamlanıp ilgili dişin takibi yapılır veya dişe apikal cerrahi uygulamaları yapılabilir, dişin durumu uygun değilse çekimi gerekebilir. İşlem sırasında, ara seanslar arasında veya tedavinin tamamlanmasından sonra diş kırılabilir ya da geçici dolgu düşebilir. Özellikle ön bölge dişlerde kök kanal tedavisi sonrasında renklenme meydana gelebilir. Dişin anatomik durumu işlem süresini uzatabilir ve seans sayısını artırabilir ya da dişin çekimini gerektirebilir. Kök kanal tedavisinin uzun bir tedavi olmasından veya hastanın daha önceden var olan eklem problemlerinden kaynaklı ağız açıklığının kısıtlanması, çene kapanışında değişiklikler, çene kaslarında kramp ve spazm, çene eklemde rahatsızlık oluşabilir. İlgili dişin tedavisi sonucunda hastanın kron ve köprü protezlerinin yenilenmesi gerekebilir. İlgili dişin anatomik yakınlıkları nedeniyle kulağa, boyuna ve başa yansıyan ağrı; iyileşmede gecikme, sinüs rahatsızlıkları; nedeniyle ileri tıbbi tedaviler gerekebilir. Kök kanal tedavisi sırasında kullanılan küçük metal kanal aletleri yutulabilir veya soluk borusuna kaçabilir. Kanal dolgu maddelerinin ve yıkama solüsyonlarının dişin kök ucundan taşması sonucu; yumuşak ve kemik dokuda, sinirlerde hasarlar meydana gelebilir. Yıkama solüsyonlarının çevre dokulara ve ağız içine teması nedeniyle ağız içinde yanma, kızarıklıkların oluşması veya kalıcı hasarlar oluşması görülebilir. Sivri ve keskin aletlerle çalışılması sırasında hastanın ani hareketleri sonucunda yumuşak doku yaralanmaları oluşabilir. Kullanılan anestezi ve yıkama solüsyonlarına, kök kanal tedavisi sırasında kullanılan lastik örtüye (rubber-dam), kök kanal dolgu patı ve kor materyallerine, tekrarlayan kök kanal tedavilerinde kullanılan dolgu yumuşatıcı solüsyonlara ya da simanlara (dolgu maddelerine) karşı alerjik reaksiyonlar ortaya çıkabilir. Bu durumda ileri tıbbi müdahale, medikasyon ya da hastane şartları gerekli olabilir.

İşlemin Alternatifi: Dişin çekimidir.

İşlemin Tahmini Süresi: Yaklaşık olarak 1-3 saattir. İşlem dişin durumuna göre birkaç seans sürebilir.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Anestezi ve yıkama solüsyonları, kök kanal tedavisi sırasında kullanılan lastik örtü (rubber-dam), kök kanal dolgu patı ve kor materyalleri ve simanlar (dolgu maddelerine) kullanılmaktadır.



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KÖK KANAL TEDAVİSİ İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.19

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:2/2

Sağlığınız İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Ara seanslarda veya işlem tamamladıktan sonra yerleştirilen geçici dolgunun düşmemesi için ilgili dişe fazla kuvvet uygulanmamalıdır.

Gerektiğinde Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. Kurumumuzdan ayrıldıktan sonra herhangi bir komplikasyonla (ağrı ve şişlik vb.) karşılaşırsanız, kendi klinik hekiminize ya da anabilim dalımız hasta kabul birimine başvurabilirsiniz.

ONAY

Ben..... tedavimi yapacak hekime kendi genel sağlığım, kullandığım ilaçlar ve özel durumlarım hakkında tam ve doğru bilgiler verdiğimi, bahsi geçen tedaviler için oluşabilecek muhtemel yan etkiler hakkında detaylı bir şekilde bilgilendirildiğimi ve bu tedaviyi reddetmem durumunda karşılaşılabileceğim tıbbi sorunların detaylı olarak anlatıldığını ifade ederim. Tüm bu şartlar altında doktorum tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyorum ve onaylıyorum. Yukarıda bahsedilen diş tedavisini durdurma veya reddetme hakkım olduğunu da bilerek tüm bu şartlar altında tedavimin İzmir Demokrasi Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Endodonti Anabilim Dalı kliniklerinde yapılmasını kabul ediyorum.

Yukarıda yazılanları okuduğumu, bilgilendirmenin tarafıma makul bir süre verilerek yapıldığını, onam formunun bir nüshasının tarafıma verildiğini, komplikasyonlar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı, kabul ediyorum ve doktorum tarafından tıbben gerekli görüldüğü takdirde ek girişimde bulunulmasını ya da konsültasyon amaçlı olarak gerektiğinde bilgilerimin başka bir hekimle paylaşılmasını onaylıyorum.

Bu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	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)