



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
REJENERATİF TEDAVİ İŞLEMİ İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.22

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:1/1

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 takdirde 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. Gerekliğinde aynı konuda tıbbi yardıma ihtiyaç duymaz durumda kliniğimiz hasta kabul birimine başvurmanız halinde gerekli yönlendirme yapılacaktır.

Tanımlar: Kök ucu açık ve enfeksiyonlu daimi dişlerde kök gelişiminin tamamlanması ve kökün kalınlaşmasını sağlamak için yapılan güncel endodontik yaklaşımdır.

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

Faaliyet akışı: Diş kökünün uzaması, kök ucunun kapanması ve kanal duvarlarının kalınlaşması için rejeneratif tedavi uygulanacaktır.

İşlemin Kimin Tarafından Yapılacağı: Uygulama diş hekimi tarafından Endodonti Anabilim Dalı kliniğinde yapılacaktır.

İşlemden Beklenen Faydalar: Zayıf kök kanal duvarları nedeniyle oluşabilecek kök kırıklarının önüne geçilmiş olur. Kök gelişimi devam eder.

İşlem Gerekli Durumlarda Tedavi Yapılmadığı Takdirde: Kök kanal duvarlarının ince kalması nedeniyle diş kırılabilirliği artabilir. Mevcut şikayetler devam eder.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda (Reddetme) Karşılaşılabilecek Sonuçlar: Dişin tedavi edilmemesine bağlı ek cerrahi müdahaleler gerekebilir ve tedavi alternatiflerinin uygulanamayacağı durumlarda diş çekimi gerekebilir.

İşlemin Riskleri ve Komplikasyonları: Kullanılan anestezi ve yıkama solüsyonlarına ya da ilaçlara bağlı alerjik reaksiyon ortaya çıkabilir. Dişte renklenme meydana gelebilir. Bu durumda ileri tıbbi müdahale, medikasyon ya da hastane şartları gerekli olabilir. İşlem sırasında ve sonrasında dişte kırılma meydana gelebilir, tedavi sırasında kök kanalı içerisinde kullanılan küçük aletlerin az da olsa kırılma olasılığı bulunur. Diş yapılan tedaviye cevap vermeyebilir.

İşlemin Alternatifi: Apeksifikasyon tedavileri, konvansiyonel kök kanal tedavisi ya da diş çekimidir.

İşlemin Tahmini Süresi: Yaklaşık olarak 1 saattir. İşlem birkaç seans sürer.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Anestezi ve yıkama solüsyonları, kök kanal tedavisi sırasında kullanılan lastik örtü (rubber-dam), tedaviye özel ilaç ve materyaller (dolgu maddelerine) kullanılmaktadır.

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

Gerekliğinde 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 tedavinin 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 aydınlatıldığını, 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)