



T.C.  
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ  
ENDODONTİ ANABİLİM DALI  
DEVİTAL AĞARTMA UYGULAMASI İÇİN  
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.23

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 karşılaşılması 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 duymazınız durumunda kliniğimiz hasta kabul birimine başvurmanız halinde gerekli yönlendirme yapılacaktır.

**Tanımlar:** Kök kanal tedavisinin ardından dişlerde renk değişikliği olabilir ve dişlere ağartıcı ajan uygulanarak dişler eski haline ya da eski haline yakın bir renge getirilmesi için uygulanan ağartma işlemi devital ağartma olarak tanımlanır.

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

**Faaliyet akışı:** Kanal tedavisi sonucu renklenme olan dişe birkaç seans ağartma ajanı uygulanır.

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

**İşlemden Beklenen Faydalar:** Diş renginin eski haline veya ona yakın duruma getirilerek görünümün düzeltilmesidir.

**İşlem Gerekli Durumlarda Tedavi Yapılmadığı Takdirdede:** Mevcut renklenme kalır ya da renklenme artabilir.

**İşlemin Uygulanmaması Durumunda (Reddetme) Karşılaşabilecek Sonuçlar:** Mevcut renklenme kalır ya da renklenme artabilir.

**İşlemin Riskleri ve Komplikasyonları:** Renklenmenin şiddetine göre tedaviye geç cevap alınabilir. Tedavi edilen dişlerde servikal rezorpsiyon gibi patolojiler meydana gelebilir, bu durumda gerekli görülen tedavi uygulanır ve ileriki durumlarda dişin çekimi bile gerekebilir. Tedavi esnasında ajanın yumuşak dokularla teması sonucunda dokularda ağrı, alerjik reaksiyon ve hassasiyet, geçici renk değişikliği meydana gelebilir. Ağartma ajanları ağırlıklı olarak hidrojen peroksit ve karbamid peroksit içermektedir. Bu madde hastada alerjik reaksiyonlara sebep olabilir. Alerjik reaksiyonlar sonucu ileri tıbbi müdahale, medikasyon ya da hastane şartları gerekli olabilir.

**İşlemin Alternatifi:** Restoratif ve protetik tedavilerdir.

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

**Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri:** Ağartma ajanları, tamponlayıcı ilaçlar, dolgu maddeleri, diş eti koruyucu ve rubber dam (lastik örtü) kullanılmaktadır.

**Sağlığınız İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:** Hasta ağız bakımına özen göstermelidir. İşlem sonrasında ilk 14 günlük süre boyunca renklendirici özelliği olan gıdalar tüketilmesi önerilmez.

**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 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)