



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
METAL/FİBER POST UYGULAMASI İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.24

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 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. Gerekliğinde aynı konuda tıbbi yardıma ihtiyaç duymanız durumunda kliniğimiz hasta kabul birimine başvurmanız halinde gerekli yönlendirme yapılacaktır.

Tanımlar: Üst (kron) kısmı fazla harap olmuş dişlerde dolgunun tutuculuğunu ve sağlamlığını artırmak için dişin kökünden metal/fiber postlar yardımıyla destek alınmasıdır.

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

Faaliyet akışı: Sadece kökü veya az sağlam diş dokusu kalmış dişlerin onarılarak ağızda kalması amacıyla uygulanır.

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

İşlemden Beklenen Faydalar: İleri protetik işlem öncesi diş hazırlayıp, dişin ağızda kalma süresini artırmaktır.

İşlem Gerekli Durumlarda Tedavi Yapılmadığı Taktirde: Kuvvete karşı zayıf olan dişe kuvvet geldikçe kırılma riski artacaktır.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda (Reddetme) Karşılaşabilecek Sonuçlar: Diş Kırılabilir.

İşlemin Riskleri ve Komplikasyonları: Post uygulaması sırasında kökte perforasyon, kırık meydana gelebilir ya da yapıştırılan post tekrar yerinden çıkabilir, bu durumlarda dişin çekilmesi gerekebilir. İşlem sırasında kullanılan anestezi solüsyon, dolgu maddeleri, metal/fiber postlar ve yapıştırma simanlarına vb. karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Bu durumda ileri tıbbi müdahale, medikasyon ya da hastane şartları gerekli olabilir.

İşlemin Alternatifi: Restoratif materyaller ile dolgu veya kron uygulaması yapılabilir.

İşlemin Tahmini Süresi: Yaklaşık olarak 1 saattir.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Anestezi solüsyon, dolgu maddeleri, metal/fiber postlar ve yapıştırma simanları kullanılmaktadır.

Sağlığınız İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Ağız hijyeninize dikkate etmeli, işlem sonrası protetik restorasyonlar yapıldıktan sonra tedavi edilen dişe aşırı kuvvetler 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 dalmız 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 aydınlatıldığını, kabul ediyorum ve doktorum tarafından tıbben gerekli görüldüğü taktirde 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)