



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



Doküman kodu: HD.RB.25

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 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: Tekrarlayan kanal tedavisinden yeterli sonuç alınmadığı durumlarda ilgili dişin daha uzun süre fonksiyonda kalması amacıyla kanal tedavisini takiben kök uçlarının uzaklaştırılmasıdır.

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

Faaliyet akışı: Kanal tedavisiyle sonuç alınmadığında uygun durumlarda alternatif bir tedavi olarak uygulanır.

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

İşlemden Beklenen Faydalar: Hastanın şikayetlerini ortadan kaldırarak dişin ağızda kalma süresini artırmaktır.

İşlem Gerekli Durumlarda Tedavi Yapılmadığı Takdirde: Hastanın şikayetleri devam eder.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda (Reddetme) Karşılaşılabilecek Sonuçlar: Hastanın şikayetleri devam eder.

İşlemin Riskleri ve Komplikasyonları: Operasyon bölgesinde şişlik, ağrı ve ciltte renk değişikliği olabilir. Dişteki kemik kaybına bağlı olarak dişe aşırı kuvvet uygulamaları sonucu dişin çene içerisindeki pozisyonu değişebilir. Dişte sallanma başlayabilir veya artabilir. Başarılı kanal tedavisi ve apikal rezeksiyon uygulamasına rağmen dişte tekrarlayan enfeksiyon oluşabilir. İlgili diş ve diş etinde operasyon sonrası renk değişikliği olabilir. İlgili diş ve yakın komşuluktaki dişlerin çevresinde dişeti çekilmesi olabilir. Operasyon sonrası ilgili dişin anatomik komşuluklarına bağlı olarak geçici ya da kalıcı duyu kaybı, uyuşukluk olabilir. Operasyon sırasında kullanılan anesteziik solüsyon, dolgu materyalleri ve kök ucu tıkama materyallerine vb. karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Bu durumda ileri tıbbi müdahale, medikasyon ya da hastane şartları gerekli olabilir.

İşlemin Alternatifi: Dişin çekimidir.

İşlemin Tahmini Süresi: Yaklaşık olarak 1-3 saattir.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Anesteziik solüsyon, dolgu maddeleri ve kök ucu tıkama materyalleri kullanılmaktadır.

Sağlığınız İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: İlgili bölgeye uygulanan süturların temiz bakılması uygun zamanda doktor tarafından alınması gereklidir buna uyulmadığı takdirde bölgede iltihabi cevap oluşabilir. Ağız hijyenine dikkat edilmeli, işlem sonrası 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 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)