



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI
DİŞ ÇEKİMİ İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.36

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:1/2

Sayın Hastamız,

Sizin tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tanısı ile tıbbi/cerrahi tedavisi için size önerilen tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmanız ve tedaviye başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi / cerrahi tedavi ve tanıya yönelik en doğal hakkınızdır.

Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker ve kan hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.), bulaşıcı bir hastalığı (hepatit, AIDS gibi), kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa, astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir. Kullanılacak dental materyallerin alerjik reaksiyonlara neden olabileceği unutulmamalıdır. Sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda ya da bir hastalığa bağlı olarak kullandığınız herhangi bir ilacın yapılacak olan cerrahi tedaviyi engellemesi ya da olumsuz olarak etkilemesi durumunda sizden ilgili hastalık ve ilaç kullanımı için ilgili doktorunuzdan konsültasyon istenebilir. Her aşamada elde edilen bilgiler sizinle paylaşılacak ve sağlıklı bir ağız yapısına sahip olmanız için gerekli önlemler konusunda bilgilendirileceksiniz. Hastanın 18 yaşın altında olması durumunda Hasta Onam Formunu annesi/babası ya da yasal temsilcisi imzalamak zorundadır. Tedavi planının yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Tedavinin kim tarafından yapılacağı: Öğretim Üyeleri, Araştırma Görevlileri ve Doktora/Uzmanlık Öğrencileri tarafından yapılmaktadır.

Tedaviden beklenen faydalar: Diş çekimi ile ağrınız dindirilir, sistemik sağlığınıza da etkileyebilecek enfeksiyon odakları ve kronik apseler ortadan kaldırılır, protetik ve ortodontik tedaviler için uygun fonksiyon ve estetikte hazırlanır. Enfeksiyonun vücudun diğer organlarına yayılarak zarar vermesi engellenir

Tedavi Öncesi Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar: Hekiminizin uygun gördüğü ilaç tedavisini tedavi başlangıcında ve tedavi sonunda uygulamanız gerekmektedir. Hekiminiz aksini önermedikçe diş çekimi işlemine tok gelmeniz gerekmektedir.

Tedavinin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sorunlar: Diş çekimi sonrası uzun süreli kanamalar görülebilir. Ağrı, yüzde şişlik, enfeksiyon yayılımı, dişlerde kırılmalar, fonksiyon kaybı ve ağız kokusu oluşabilir. Diş çekimi, geri dönüşü olmayan bir cerrahi işlemdir. Çekim ister zor ister kolay olsun bir cerrahi işlem olması nedeniyle bazı riskler içerir.

Tedavi Alternatifleri: Endikasyonu olan vakalarda alternatif tedavi yoktur. Çekim olmadan önce tüm olası tedaviler değerlendirilir ve gerekli görülürse öncelikli olarak kanal tedavisi, apikal rezeksiyon (kök ucu alınması), kron boyu (diş boyu) uzatma yapılabilir. Kanal tedavisi ve kök ucunun alınmasının faydaları; diş ağızda kalır. Riski ise enfeksiyon ve ağrının devamı. Diş boyu uzatmada diş ağızda kalır. Diş çekimi bu tedavilerin son basamağıdır.

İşlemin Tahmini Süresi: Şartlara göre değişkenlik göstermekle birlikte diş çekimi anestezi uygulaması (uyuşturma) dahil 15 dk – 2,5 saat sürebilir.

Tedavinin Riskleri ve Komplikasyonları: Dişte ya da kemikte kırılmalar, uzun süreli kanamaların ve ağrıların olması, enfeksiyon, ağız açılmasında güçlük, komşu dişlere zarar gelmesi, geçici veya kalıcı his kaybı, artık kökün çıkarılmaması, çene ekleminin zedelenmesi, dil ya da yanak ısırılması, sinüs boşluğunun açılması ve dişin buraya kaçması, dişin baş boyun bölgesindeki anatomik boşluklara kaçması meydana gelebilir.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri ve Muhtemelen İstenmeyen Etkileri: Lokal anestezi maddenin tansiyon düşüklüğü, yüksekliği, kalp ritmi bozuklukları, alerji gibi yan etkileri olabilir. Dokuya uyumlu kanama durdurucu ajanlar kullanılabilir.

Sağlığınız İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri:

Çekimden sonra:

- Çekim bölgesine hekim tarafından yerleştirilen tampon 30 dk sıkıca ısırılmalı ve ellenmemelidir. Tampon atıldıktan sonra yerine başka bir şey koyulmamalıdır.
- Çekim bölgesinde sızıntı şeklinde kanama olması normaldir, kan yutulmalı, sürekli tükürülmemeli ve çalkalanmamalıdır. Ağız dolusu kanama birkaç saniyede oluşuyorsa doktora başvurulmalıdır.
- Çekimden sonra en az 2 saat (uyuşukluk geçene kadar) herhangi bir şey yenilip içilmemelidir. Dudaklardaki uyuşukluk ısırılarak kontrol edilmemelidir.
- Dil, el veya yabancı cisimlerle yara yeri kurcalanmamalıdır, 24 saat alkol, sigara, çok soğuk, çok sıcak yiyecek, içecek alınmamalıdır.
- Çekimden sonra ağrı, şişlik gibi problemler olabilir. Ağrı olursa aspirin dışında bir ağrı kesici alınabilir. Hekim reçete yazdıysa, ilaçlar düzenli alınmalıdır.
- Yara yeri iyileşene kadar (özellikle ilk 1 hafta) o tarafla yemek yememeli, çekim boşluğuna yiyecek artığı kaçmamalıdır.



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI
DİŞ ÇEKİMİ İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.36

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:2/2

- Ağız hijyenine dikkat edilmeli, aksi halde yara yeri enfekte olabilir. İşlem tarafındaki dişler dahil tüm dişler ertesi gün fırçalanmaya başlanmalıdır.
- İşlem günü işlem bölgesinin üstüne yatılmamalı sıcak suyla duş alınmamalıdır.

İlaç Kullanımı: Sadece hekiminizin önerdiği ilacı doz önerilerine azami dikkat ederek kullanınız.

Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği: Mesai saatleri içerisinde İzmir Demokrasi Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesine, Mesai dışı saatlerde açık olan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerine başvurulabilir. Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir.

Öğretim Üyesi, Araştırma Görevlileri, Doktora/Uzmanlık öğrencileri tarafından yapılmasına onay veriyorum. Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (radyografiler, laboratuvar sonuçları vb.) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceğini kabul ediyorum. Yukarıda yazılanları okuduğumu, tedavinin neden gerektiğini, tedaviden beklenen faydaları, içerdiği riskleri ve oluşabilecek problemleri, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek olaylar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı, bunları göz önünde bulundurarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu bilerek doktorum tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyorum ve onaylıyorum.

(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA 'Bu Onam Formunu, Okudum ve Anladım' YAZARAK İMZALAYINIZ)

	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 mirasçısıdır. (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz)