



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
SABİT PROTEZİÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.52

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:1/2

Sayın hasta / vekili / yasal temsilcisi; bu form diş tedavileri sürecindeki olası risk ve komplikasyonları (istenmeyen sonuçları) hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Lütfen formu dikkatle okuyunuz, sorularınız ya da anlamadığımız konular varsa doktorunuzdan yardım isteyiniz. Talebiniz doğrultusunda size ek bilgiler verilecektir. Sizden okuyup, anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

Şu ana kadar geçirdiğim / geçirmekte olduğum rahatsızlıklar;

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kalp / Kapakçık rahatsızlığı | <input type="checkbox"/> Alkol / Sigara Kullanımı | <input type="checkbox"/> Göz Tansiyonu |
| <input type="checkbox"/> Kanser (Kemoterapi / Radyoterapi) | <input type="checkbox"/> Organ Nakli | <input type="checkbox"/> Sarılık (Hepatit B, C) |
| <input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği Diyaliz | <input type="checkbox"/> Şeker (Diyabet) | <input type="checkbox"/> Gebelik (Kesin / Şüpheli) |
| <input type="checkbox"/> Kan Sulandırıcı (Aspirin, Plavix, Coumadin vb.) | <input type="checkbox"/> Tansiyon (Yüksek / Düşük) | <input type="checkbox"/> AIDS |
| <input type="checkbox"/> Kanama Problemi | <input type="checkbox"/> Karaciğer Rahatsızlığı | <input type="checkbox"/> Guatr |
| <input type="checkbox"/> Solunum / Akciğer rahatsızlığı | <input type="checkbox"/> Alerji | <input type="checkbox"/> Astım |
| <input type="checkbox"/> Diğer rahatsızlıklarım | <input type="checkbox"/> Kullandığım İlaçlar..... | |
| <input type="checkbox"/> Herhangi bir rahatsızlığım ve kullandığım bir ilaç yok | | |

SABİT PROTEZ	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
YAPILACAK DİŞ / DİŞLER	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Sabit protez yapımı için bazen lokal anestezi yapılması ve / veya radyografi çekilmesi gerekebilir.

LOKAL ANESTEZİ

Uygulanacak

İnsan vücudunda his iletimi yapan sinirlerin, belirli bir bölgesinin, anestezi maddelerle (lidokain, vb.) geçici süre iletilim yapılmasını engellenmesidir. Diş hekimliğinde kullanılan lokal anestezi sonucu oluşan his kaybı süresi; kullanılan anestezi maddesine, anestezinin uygulandığı bölgeye ve kişinin anatomik yapısına göre, 1-4 saat arasında değişiklik gösterir. **İşlemin amacı:** Yapılacak olan girişimler sırasında işlem yapılacak bölgeyi uyutarak ağrıyı engellemek ve dolayısıyla hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmaktır. **Olası yan etki ve riskler:** Hamilelik, herhangi bir sistemik hastalık veya alerjik bir durum varsa muhakkak işlemi yapacak doktorunuza söylenmelidir. Aşırı derecede alkol kullanımı anestezinin etkisini azaltabilir. Korku, heyecan ya da açlığa bağlı olarak gelişen senkop (bayılma) diye adlandırılan geçici bilinç kaybı oluşabilir. Trismus denilen ağız açmada güçlük oluşabilir, bu durum 2-3 hafta içerisinde kendiliğinden düzelir. Anestezi yapılırken ağrı ya da ödem oluşabilir. İğnenin yapıldığı yerde (1 haftaya kadar) ağrı oluşabilir. Anestezi yapılan bölgeye komşu sinirlerin etkilenmesinden dolayı facial paralizi (geçici yüz felci), geçici şaşılık, geçici körlük, kas zayıflığı, yutkunma güçlüğü, kulak memesi burun ve dil uyuşukluğu, şişlik veya yüzde renk değişikliği gibi yan etkiler oluşabilir. Bunlar anestezinin etkisi geçince tamamen düzelir. Hasta anestezi bölgeyi kaşır, ısırır, ya da çiğnerse kendi kendine yara oluşturabilir. Anestezi bazen istenilen uyuşmayı sağlayamayabilir ve bu durumda tekrarlanması gerekebilir. Çok nadir olmakla birlikte vücuttaki tüm doku ve organları etkileyen alerjik reaksiyonu (anjionörotik ödem, anafilaktik şok, kızarıklık ve deri döküntüleri vb.) görülebilir. Bunların hiçbiri de görülmeyebilir. Bu olası yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve mavi kod ekibi tarafından tedaviye yönelik antihistaminik, adrenalin, kortizon gibi hayat kurtaran ilaçlar ve acil tıbbi müdahale hastaya uygulanmaktadır. **İşlemin alternatifi** sedasyon veya genel anestezi. **İşlem süresi** ortalama 2-4 dakikadır. İşlemin uygulanmaması durumunda hasta yapılan tedavi çeşidine göre değişilebilen şiddette ağrı duyabilir.

RADYOGRAFİ

Uygulanacak

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için hastanın diş radyografisinin çekilmesi gerekebilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında radyografi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X ışını verilmesi sağlanır. **Uygulanmaması durumunda** hastalığınız hakkında tanı güçlüğü oluşabilir ve doğru tedavinin uygulanması zorlaşabilir. **İşlemin alternatifi** yoktur. **Ortalama işlem süresi** 15 dakikadır. Uygulama röntgen teknisyeni tarafından röntgen biriminde yapılır.

SABİT PROTEZ

Diş çürüğü ve kırığı gibi ileri derecede madde kaybı olan dişler ve şekil, boyut ve renk sorunu olan dişlerden başka, herhangi bir nedenle diş veya dişlerin kaybında komşu dişlerden destek alınarak yapılan, hasta tarafından takılıp çıkarılmayan ve diş/dişler üzerine yapıştırılan protez türüdür. Sabit protezler metal, metal destekli porselen, tam porselen gibi maddeler ile yapılabilir ve beraberinde protez bağlantı parçaları da kullanılabilir. Sabit protez yapımı için doğal diş veya dişlerinizin bir miktar kesilerek küçültülmesi gerekmektedir. Gereken kesim miktarı sabit protezin türüne, kullanılacak malzemeye ve dişlerinizin arasındaki mesafeye göre farklılık gösterir. Çürük veya kırılma sonrası yeterli diş dokusu bulunmayan dişlerde sabit protez uygulayabilmek için kanal tedavisi ve post uygulaması gerekebilir. Post diş kökü içerisine yerleştirilen vida veya millerdir. Sabit protezler hem klinik hem de laboratuvar işlemlerini bir arada yürüterek hazırlanır. Bu tedaviler tek bir seansta bitirilemez yaklaşık 4-5 seans sürebilmektedir.

Beklenen Faydalar. Diş eksikliklerinin giderilerek hastanın çiğneme işlevinin ve estetiğinin düzenlenmesi, kanal tedavisi yapılmış dişlerin, çok büyük çürüklü dişlerin ileride kırılmasının önlenmesi, estetik ve kozmetik (dişinizin rengi ve formu ile ilgili kaygılarınızdan kaynaklanan) beklentilerin karşılanması, hareketli protez yapılacaksa, kroşe (kanca) gelmesi planlanan dişlerin protez için uygun hale getirilmesi, hassas bağlantılı hareketli protezlerde, bağlantı sağlayacak parçaların kaplamalara yerleştirilmesi ile daha estetik bir protez yapılabilmesi, dişleri aşınmış veya diş boyları çok kısa olan hastalarda estetiğin ve çiğneme işlevinin düzenlenmesidir.



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
SABİT PROTEZİÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM BELGESİ



Doküman kodu: HD.RB.52

İlk yayın tarihi: 10.03.2025

Revizyon Tarihi-No:

Sayfa sayısı:2/2

Karşılaşılabilecek Problemler ve Riskler. Kesim işlemi sonrası dişlerde kanal tedavisi ihtiyacı oluşabilir, kanal tedavisi uygulanacak durumlarda başarıyla sonuçlanmazsa diş çekimi gerekebilir ve şüpheli durumlarda planlama değişebilir. Ölçü veya laboratuvar işlemlerindeki hatalardan ve eğitim süreci içinde stajyer hekimler tarafından yapılan işlemlerde meydana gelebilecek aksaklıklardan dolayı seansların tekrarlanması gerekebilir. Dişlerin kesilmesinden yapılandırılmasına kadar geçen süre içerisinde dişleriniz hassasiyet gösterebilir. Dişlerinizi korumak için geçici kuronlar hazırlanır. Daimi proteziniz takılıncaya kadar bunların dikkatlice muhafaza edilmesi gerekir. Geçici kuronların düşmesi durumunda ihmal edilmeden hekime başvurulmalıdır. Gecikme durumunda dişlerin hareket etmesi sonucu protezin ilave ücretler ile yeniden yapılması gerekebilir. Protez parçalarında zamanla kırık ve çatlama görülebilir. Protetik malzemeye alerji, dişeti hastalıkları, ağız bakım ve sağlığının sürdürülememesi, diğer ağız hastalıkları veya sistemik hastalıkların ağız bulguları nedeni ile protezlerin kaybı gibi sorunlarla karşılaşma riski vardır. Sabit protezler estetik, şekil, renk ve büyüklük açısından her zaman hastanın beklentilerini karşılayamayabilir. Tedaviye başlamadan önce hasta beklentilerini mutlaka hekime iletmeli, beklentilerinin ne oranda gerçeğe dönüşebileceği konusunda hekimden bilgi almalıdır. Prova aşamalarında ise protezinin görünümünün ve renginin kabul edilebilir olduğunu onaylamalıdır. Yapıştırıldıktan sonra protezlerde renk ve estetikle ilgili büyük bir değişiklik yapmak mümkün değildir. Postlar zamanla çeşitli nedenlerden dolayı kırılabilir, düşebilir veya diş kökü kırıklarına neden olabilir, bu durumda dişe herhangi bir müdahale mümkün olmayabilir ve dişin çekimine karar verilebilir. Protezinizin yapıştırıcısının kısmen veya tamamen gevşediği durumlarda mutlaka zaman geçirmeden hekiminize başvurunuz. Proteziniz, yeniden kullanılmasına engel bir durum yoksa tekrar yapıştırılabilir. Yapıştırıcının gevşemesi ilgili dişte zamanla ileri derece çürüklere, ağrıya ve hatta dişin çekimine kadar gidebilen tedavisi zor problemlere yol açabilir.

Önerilen Tedavi Uygulanmazsa. Aşırı harabiyetli dişlerde kırıklar, diş eksikliklerinin köprü protezleri ile tedavi edilmediği durumlarda çigneme işlevinde yetersizlik, dişlerin boşluğa doğru kayması veya uzaması, dişlerde aralanma ve estetik problemler, boşluğa komşu dişlerde çürükler, dişeti problemleri gelişebilir.

Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler. Ağız bakımına dikkat edilmesi oluşabilecek problemlerin etkisini en aza indirmede önemlidir. Meydana gelen sorunlarla ilgili olarak kabul edilebilir zaman dilimi içerisinde başvurmak hastanın sorumluluğundadır. Bunların bir kısmı hekiminiz tarafından giderilebilecek sorunlardır. Ancak sorunların giderilmesi için gerekli masraflar hasta tarafından karşılanır. Yapılacak tedavilerin başarısı hastadan hastaya değişebilir ve protezin ömrü ile ilgili herhangi bir garanti verilmemektedir. SGK protez ödemeleri için 4 senelik bir süre koymuştur. Hastanın hakkı olan bu 4 yıl içerisinde SGK'nın belirlediği katkı payını ödemelidir. 4 senesi geçmemiş bir protezde kanal tedavisi gibi alttaki dişlerde tedavi gerekli olduğunda ve protez kesilerek çıkartılmak zorunda kaldığında hasta protez ücretini özel olarak yeniden ödemelidir.

İşlemin alternatifi. Kuron veya köprü yerine hasta kendi imkanları dahilinde implant üstü sabit protez veya diş eksiklik durumuna göre hareketli bölümlü protez yaptırabilir.

İşlemin ortalama süresi. Sabit protezler genellikle tek bir seansta bitirilemez ve yaklaşık 4-5 seans sürebilmektedir. Bu tedavilerin süresi yapılacak üye sayısına göre değişmekle birlikte tek bir seansın ortalama süresi 60-90 dakikadır.

Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği: Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardım için öncelikle kendi hekimine, eğer hekimine ulaşamıyorsa veya takip eden bir hekim yoksa bölüm sekreteri tarafından uygun bir hekime yönlendirilir. **Mesai dışında hastanemizde nöbetçi hekim bulunmamaktadır.**

ONAY

Tüm ağzımın (dişleri ve dişetleri) detaylı klinik muayenesi diş hekimi tarafından yapıldı. Diş hekimi ağız/diş hastalığımla ilgili, tedavinin neden gerektiğini, içerdiği riskleri, oluşabilecek problemleri, alternatif yöntemleri, tedavi sonrasında oluşabilecek değişiklikleri, başarı olasılığını ve iyileşme sürecinde yaşanabilecekleri açıkladı. Ayrıca diğer hekimlerden konsültasyon istenebileceğini ve tedavi sürecine katılabileceğini, stajyer diş hekimlerinin asistan ve öğretim üyeleri denetiminde tedavi sürecinde yer alacağı, kimlik bilgileri gizli tutularak klinik fotoğraflarının çekilebileceği ve teşhis, bilimsel, eğitimsel veya araştırma amaçlı kullanılabilirliği, tarafıma anlatıldı.

Yukarıda yazılanları okuduğunuzu, doktorunuza genel durumunuzla ilgili doğru bilgiler verdiğinizi, komplikasyonlar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığınızı, bunları göz önünde bulundurarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkınız olduğunu bilerek diş hekiminiz tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyor ve onaylıyorsunuz; el yazınızla

'OKUDUM, ANLADIM'.....yazınız.

Onaylıyorsanız **'ONAYLIYORUM'** bölümünü imzalayınız.

			ONAYLIYORUM
	Adı Soyadı	Tarih / Saat	İmza
Hasta / Hastanın Yasal Temsilcisi* / Yakınlık Derecesi			
	Adı Soyadı		İmza
Tedavi işlemi uygulayan Stajyer Diş Hekimi Diş Hekimi Öğretim Üyesi			

*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.