



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
TOTAL-PARSİYEL PROTEZ AYDINLATMA
RIZA VE ONAM BELGESİ

KOD	HHD.RB.06	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2019	REV.NO	02	SAYFA NO	1/3
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	----------	-----

Sayın Hasta, Sayın Veli/Kanuni Temsilci:

Bu formun amacı sizi yapılacak Hareketli Protez işlemleri ile ilgili bilgilendirmek ve rızanızı almaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz.

Bu bilgilendirme formu Kliniklerde yapılan çekim işlemini anlatırken aynı zamanda işleme bağlı gelişebilecek olası riskler, tedavi yöntemleri, tedaviden beklenen faydalar, tedavi olunmaz ise ortaya çıkabilecek durumlar ile hastanın sorumlulukları konusunda bilgi vermektir. Bu formu okuduktan sonra hekiminize işlemle ilgili merak ettiğiniz başka soruları da sorabilirsiniz. İşlemin yapılabilmesi için bu rıza belgesi okunduktan sonra hastanın kendisi tarafından imzalanması gerekmektedir. Eğer hasta yaşı veya tıbbi nedenlerden ötürü onam veremiyorsa Vekili/Kanuni Temsilcisi tarafından okunup doldurularak imzalanır. **LOKAL ANESTEZİ:**

*Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği ve işlemden beklenen faydalar: Dişin kaybı istenmeyen bir durumdur ancak dişteki/kökteki enfeksiyon tedavi edilmeyecek kadar ilerlemişse çekilmesi gerekir. Protez ya da ortodontik tedavi amaçlı da diş çekimi yapılabilir. Lokal anestezi ile işlem esnasında hastanın ağrı duymaması amaçlanmaktadır.

*Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı, işlemin tanımı ile tahmini süresi: Lokal anestezi işlemi klinik hekiminiz tarafından, başvurduğunuz klinik içerisinde yapılacaktır. Lokal anestezi sonrasında herhangi bir komplikasyon geliştiğinde müdahaleleriniz klinik içinde yada acil müdahale odalarında gerçekleştirilebilir. Bedenin belirli bir bölümünün uyuşturulması işlemine lokal anestezi denir. Lokal anestezinin hastaya uygulanacağı tahmini süre 3 ile 5 dakika arasındadır.

*Diğer tanı ve tedavi seçenekleri (işlemin alternatifleri) ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki etkileri: Mevcut işlemin alternatifi sedasyon veya genel anestezidir. Ancak sedasyon ve genel anestezi işlemleri ameliyathane şartlarında Anestezi uzmanı tarafından uygulanan işlemlerdir.

*Muhtemel Riskler/Komplikasyonlar: Lokal anestezi sonrası korku, heyecan ya da açlığa bağlı olarak gelişen senkop (bayılma) oluşabilir. Trismus denilen ağız açma güçlüğü yaşanabilir ancak bu durum 2 ila 3 haftada kendiliğinden düzelir. Anestezi yapılırken ağrı ya da ödem oluşabilir. Anestezi yapılan bölgeye komşu sinirlerin etkilenmesi sonucu fasiyal paralizi (geçici yüz felci), geçici şaşılık, geçici körlük, geçici kas zayıflığı, geçici kulak memesi, burun ve dil uyuşukluğu oluşabilir. Bunlar anestezinin etkisi geçince tamamıyla düzelir, ancak hasta anestezili bölgeyi kaşır, ısırır veya çiğnerse kendi kendine de travmatize edebilir. Bazen anestezi tutmayabilir ve tekrarlanması gerekebilir. Bu anestezik maddelerin kullanımı sonrasında çok nadir olmakla birlikte alerjik reaksiyona (anjionörotik ödem, anaflaktik şok, hipertansiyon, kızarıklık ve deri döküntüleri vb.) bağlı yan etkiler görülebilir. Hasta ile kooperasyonun sağlanamaması (Müdahale sırasında işlemi etkileyecek şekilde hastanın hareket etmesi) nedeniyle çevre dokularında yaralanmalar vb. komplikasyonlar gerçekleşebilir. *Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler: Lokal anestezi uygulanmaması halinde, hasta işlem sırasında şiddetli ağrı duyabilir, bayılabilir (senkop), ağrı şokuna girebilir. *Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Diş hekimliğinde lokal anestezi sağlamak için artikain, bupivakain, lidokain, mepivakain, prilokain, benzokain vb. etken maddeli anestezik maddeler kullanılır. Lokal anestezik maddeler çekim yapılacak bölgeye uygulandığında sinir iletimini geçici olarak durdurur ve yapılan maddenin miktarına, yapılış yerine göre 1- 4 saatlik bir uyuşukluk sağlar. *Sağlığı için Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Lokal anestezik madde verilmeden önce herhangi bir sistemik hastalık, hamilelik, kullandığı tüm ilaçlar ve alerjik bir durum varsa muhakkak hekimine söylenmelidir. Aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı anestezinin etkisini zayıflatır. *Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Olası yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim, ilgili sağlık personeli ve mavi kod ekibi tarafından gerekli müdahaleler

HAREKETLİ PROTEZLER:

Hareketli Protez terimi, genellikle hastanın eksik dişlerinin yerine yapılan protezini kendisinin takıp çıkartabilmesi anlamında kullanılmaktadır. Bu tip protezler ağızda kalmış dişler yanında dişleri çevreleyen yumuşak dokulardan da destek almak zorundadır. Protez, çiğneme sırasında üzerine gelen yük sonucunda, ağızdaki yumuşak dokulara bir miktar gömülmekte, yani hareket etmektedir. "Hareketli Protez" terimini de bu nedenle kullanabiliriz.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
TOTAL-PARSİYEL PROTEZ AYDINLATMA
RIZA VE ONAM BELGESİ

KOD	HHD.RB.06	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2019	REV.NO	02	SAYFA NO	2/3
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	----------	-----

Hareketli protezler tek diş eksikliğinden (çok nadir olarak), tüm diş eksikliğine kadar yapılabilmektedirler. Metal bir alt yapı üzerine yapılabildikleri gibi, diş eti rengindeki Polymetil Metakrilat (Akrilik) üzerinde veya metal+akrilik kombinasyonu şeklinde yapılabilirler. Eksik doğal dişler yerine ise akrilik hazır takım dişler kullanılır. Bir ya da birden fazla dişin eksik olduğu durumlarda yapılan Hareketli Protez tipine Hareketli Parsiyel (Bölümlü) Protez, tüm doğal dişlerin eksik olduğu durumda yapılan protez tipine ise Tam Protez adı verilir.

*Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği ve işleminden beklenen faydalar: Yetersiz oral hijyen sebebiyle diş çürükleri, kemik erimesi ve sonucunda diş kaybı meydana gelir. Kısmi ve tam diş eksikliklerinin neden olduğu çiğneme fonksiyonu, konuşma ve estetik sorunların giderilmesini sağlamak amaçlanmaktadır.

*Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı, işlemin tanımı ile tahmini süresi: Uygulama diş hekimi veya protez uzmanı tarafından klinik odalarında laboratuvar elemanlarıyla beraber çalışılır. İşlemin tahmini süresi; ortalama 20 iş günü olup, haftada 1-2 kez olmak üzere ortalama 4-6 seanstır. Teknisyen çalışmasına göre süre değişebilir.

*Diğer tanı ve tedavi seçenekleri (işlemin alternatifleri) ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki etkileri: Eksik dişlerin yerine implant yaptırmak işlemin alternatifidir.

*Muhtemel Riskler/Komplikasyonlar: Bu protez ağızda oynayabilir, konuşma bozulabilir, ağızda kötü koku ve tat bırakabilir. Protezin altında gıda birikebilir. Dili rahatsız edebilir. Kanca gelen dişler zarar görebilir. Çok etkili ısırma ve koparma yapılamayabilir. Ağızda kullanım esnasında vurukslar ve protezde çatlaklar olabilir. Protez ve kroşeler (kancalar) kırılabilir, yapay dişler protezden düşebilir. Protezin rengi çok nadirde olsa doğal diş rengiyle uyumlu olmayabilir. Hastaların estetik beklentileri bazen hastanın anatomik farklılıkları nedeniyle karşılanamayabilir. Protezin her türlü tamir işlemi aslı gibi olmayabilir. Proteze bağlı alerji gelişebilir. Protezlerin temizliği, protez temizliğine özel maddelerle yapılmalıdır. Yanlış maddelerin kullanımı sebebi ile protezde renklenme ve protez kırıkları olabilir. Protez yapım aşamasında ortaya çıkan aksaklıklardan dolayı planlama değişiklikleri olabilir.

Hareketli protezlerin yapımında kullanılan akriliğe karşı alerjik reaksiyon gelişebilir.

Hasta ile kooperasyonun sağlanamaması(Müdahale sırasında işlemi etkileyecek şekilde hastanın hareket etmesi) nedeniyle çevre dokularında yaralanmalar vb. komplikasyonlar gerçekleşebilir.

*Uygulanmama/Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler: Eklem problemleri, dişlerin uzaması, yer değiştirmesi nedeniyle kapanış problemleri, estetik ve konuşma problemleri ve çiğneme kaybına bağlı olarak sindirim sistemi problemleri görülebilir.

*Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Hareketli protezlerde herhangi bir anestezi ilaç kullanılmamaktadır.

*Sağlığı için Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Her yemekten sonra protez fırçası veya diş fırçası yardımıyla protezinizi fırçalayıp takınız. Özellikle total protezlerin yıkanırken düşürülüp kırılmasını önlemek için lavabo içine sünger veya yıkama kabı yerleştirilebilir. Protezler takıldıktan sonra gece uyurken ağızda olmamalıdır. Gün boyu işlevde olan dokuların sağlıklı korunabilmesi için istirahata ihtiyacı vardır. Bu nedenle protezler gece fırçaladıktan sonra ıslak pamuklar arasında ya da su dolu kapaklı bir saklama kabında muhafaza edilmelidir. Bu amaçla üretilmiş protez saklama kutuları kullanılabilir. Eczanelerde satılan protez temizleyici suda eriyen dezenfektan tabletler protezlerin temizliği için kullanılabilir. Protezin ön dişleri ile kesme, koparma yapmaktan kaçınılmalı, yiyecekler küçük parçalar halinde ağza alınarak çift taraflı çiğnemeye dikkat edilmelidir. Protezin altında kalan kemik dokusundaki sivrilikler ve çıkıntılar çiğneme esnasında proteze ilk temas eden bölgeler olduğu için bu kısımlarda yaralanmalar olabilir. Hekiminiz tarafından yapılacak ilk kontrol randevusuna mutlaka gelinmeli, vuruks olan bölgeler hekim tarafından düzeltilmelidir. Yaralanan bölgeler çok rahatsız ederse protez yemek haricinde takılmamalıdır. Vuran yerlerin tespit edilebilmesi için hekime gelmeden önce protezler 6-8 saat takılmış olmalıdır.

Yeni protezle konuşmaya alışmak 1-2 aylık bir zaman dilimini alır. Konuşmaya alışmak için yüksek sesle gazete, kitap vs. okuyabilirsiniz. Alt protezler dil nedeniyle her zaman daha hareketlidir. Zaman içinde



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
TOTAL-PARSİYEL PROTEZ AYDINLATMA
RIZA VE ONAM BELGESİ

KOD	HHD.RB.06	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2019	REV.NO	02	SAYFA NO	3/3
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	----------	-----

*Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Hafta içi mesai saatleri içerisinde kurumumuz randevu sisteminden randevu alarak diş hekimine müracaat edebilir. Protezlerin vuruk yapması halinde ise ağızda yara oluşmaması için protezler çıkarılarak randevu sisteminden randevu almalıdırlar.

Hasta, Veli Veya Kanuni Temsilcinin Onam Açıklaması:

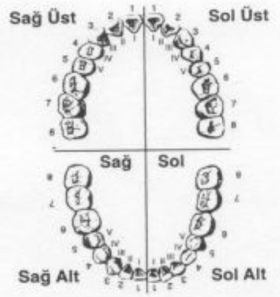
Planlanan tedavinin/ işlemin ne olduğu gerekliliği, tedavinin/ işlemin seyri ve diğer işlem seçenekleri, bunların riskleri, tedaviyi/işlemi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, işlemin/tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında HEKİMİM TARAFINDAN SÖZEL OLARAK AYRINTILI ANLATILDI. Ayrıca BU RIZA FORMUNU OKUYARAK da ayrıntılı bilgi edindim.Tedavi /İşlemden sonra dikkat etmem gereken hususları anladım. Bana sağlık durumumla ilgili gerekli açıklamalar yapıldı ve tüm sorularım anlayabileceğim bir şekilde cevaplandı.

Tedaviyi /İşlemi yapacak Diş hekimi hakkında bilgi edindim. Aklım başımda ve kendimi karar verebilecek yeterlilikte görüyorum. İstemediğim takdirde, tedaviye/işleme onay vermek zorunda olmadığımı biliyorum.

Lokal anestezi sonrası olası alerji ve diğer yan etkiler gibi istenmeyen tablolar gelişebileceği tarafıma açıklandı.

Olası yan etkiler gerçekleştiğinde tedavi eden hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından antihistaminik, adrenalin, kortizon gibi tedaviye yönelik ilaçların kullanılmasına izin veriyorum.

Covid-19 Pandemisine bağlı olabilecek her türlü risk tarafıma anlatıldı. Okudum, anladım, kabul ediyorum ve başka sorum yoktur.



3 sayfalık bu onam formunda yazılanların tümünü okudum ve /veya bana anlatıldı ve anladım. Yapılacak işlemlerle ilgili soru sormama izin verildi ve sorularım cevaplandı. İlgili tedavinin/işlemin tarafıma yapılmasını kabul ediyorum.

Aşağıdaki noktalı yere kendi el yazınız ile 3 sayfadan oluşan bu onamı 'OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM, RIZA BELGESİNİN BİR NÜSHASINI ELDEN TESLİM ALDIM'

DR./DT..... TARAFINDAN YAPILACAK OLAN TEDAVİ KONUSUNDA AYDINLATILDIM,BİGİLENDİRİLDİM,RIZA GÖSTERİYOR VE ONAYLIYORUM) yazarak imzalayınız.....

Hastanın Adı Soyadı

Hastanın Veli / Kanuni
Temsilcisinin
Adı Soyadı

Hekim / Kaşe

Müracaat No:

İmza

İmza

İmza

Tarih / Saat

Tarih / Saat

Tarih / Saat

14.12.2021 16:10

14.12.2021 16:10

14.12.2021 16:10