



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ  
GÖMÜLÜ VEYA NORMAL DİŞ ÇEKİMİ AYDINLATMA  
RIZA VE ONAM BELGESİ

KOD	HHD.RB.13	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2019	REV.NO	02	SAYFA NO	1/3
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	----------	-----

**Sayın Hasta, Sayın Veli/Kanuni Temsilci:**

Sayın Hasta, Sayın Veli/Kanuni Temsilci:

Bu formun amacı sizi yapılacak tedavi/işlem 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:** Lokal anestezi işlemi ile işlem yapılacak bölge uyuşturularak ağrıyı engellemek ve dolayısıyla hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmak amaçlanmaktadır.

\*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, anafaktik 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 hastaya uygulanır.

**Gömülü veya Normal Diş Çekimi:**

\*Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği ve işlemden beklenen faydalar: Kalmış kökler,tedavisi ve restorasyonu mümkün olmayan aşırı harap dişler, geniş kemik doku kaybına neden olan kronik apselli dişler, kanal tedavisi uygulanamayan yada tedavisi başarısız olan dişler, kırılmış/kök kalmış dişler, sallanan dişler, düşme yaşı yakın yada enfeksiyonu alttaki kalıcı dişe zarar veren problemlili süt dişleri, protezin dengesini bozacak ve proteze destek olmayacak dişler, ortodonti amaçlı fazla sayıda ya da olpoze



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

## ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ GÖMÜLÜ VEYA NORMAL DİŞ ÇEKİMİ AYDINLATMA RIZA VE ONAM BELGESİ

KOD	HHD.RB.13	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2019	REV.NO	02	SAYFA NO	2/3
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	----------	-----

(yanlış pozisyonda olan) dişler ve yer darlığı nedeniyle çekilmesi gereken dişlere uygulanır. Lokal anestezi altında diş içinde bulunduğu kemik yuvasından çıkarılarak gerçekleştirilir.

Böylece ağrı, enfeksiyon odakları, kronik apselerin ortadan kaldırılması, protetik ve ortodontik tedaviler için ağız hazırlanması, enfeksiyonun vücudun diğer organlarına yayılarak zarar vermesinin engellenmesi, diş eti hastalıklarının önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. Lokal anestezi ile işlem esnasında hastanın ağrı duymaması amaçlanmaktadır. Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı, işlemin tanımı ile tahmini süresi: Diş çekimi işlemi klinik hekiminiz tarafından, başvurduğunuz klinik içerisinde yapılacaktır. Diş çekimi sırasında herhangi bir komplikasyon geliştiğinde (çekim esnasında dişte kırılma, kanama vb.) müdahaleleriniz klinik içinde yada çene cerrahi kliniklerinde gerçekleştirilebilir. Diş çekimi işlemi dişlerin çene kemiği içerisinden cerrahi olarak uzaklaştırılması işlemidir. Diş çekimlerinde tahmini işlem süresi 15 ile 45 dakika arasında değişmektedir. \*Diğer tanı ve tedavi seçenekleri (işlemin alternatifleri) ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki etkileri: Diş çekiminin alternatifi bulunmamaktadır. \*Muhtemel riskler/ Komplikasyonlar: Diş çekimi öncesinde yapılacak anesteziye bağlı alerjik ve toksik reaksiyonlar gelişebilir. Şişlik ve/veya kızarıklık, cerrahi alanda rahatsızlık, yutkunma, yeme ve konuşmada zorluk, ağız köşelerinde gerilmeye bağlı kızarıklık ve çatlama gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Enfeksiyon gelişebilir ve yara geç iyileşebilir. Kuru soket, genellikle yetersiz bakım sebebiyle cerrahiden birkaç gün sonra başlayan çene ağrısıdır. Özellikle yirmi yaş dişleri olmak üzere alt çene çekimlerinde daha sık rastlanır. Geniş dolgu ve kuronların varlığında komşu dişler veya restorasyonlar zarar görebilir. Gömülü dişlerin çekimi sonrasında eğer diş altından geçen sinirle yakından alakalı ise dudaklarda ve/veya dilde geçici ya da kalıcı his kayıpları meydana gelebilir. Bu durumun klasik radyografik yöntemlerle önceden görülebilmesi ve tahmin edilebilmesi mümkün olmayabilir. İltihap veya şişmeye bağlı olarak ağız açmada kısıtlılık (trismus) olabilir.

Şiddetli kanama sık değildir fakat sızıntı şeklinde kanama birkaç saat devam edebilir. Çekimden sonra keskin köşeler ve kemik basamakları çekim boşluklarında oluşabilir. Bunlar yeni bir cerrahi müdahaleyle düzeltilirler. Sinüs veya sinir gibi önemli oluşumlara zarar vermemek için bazen küçük kök parçaları bırakılabilir. Üst çene arka dişlerin kökleri sinüslere çok yakındır ve bazı durumlarda kök parçaları sinüse kaçabilir veya sinüsler ile ağız arasında bir açıklık oluşabilir. Yine benzer şekilde alt çenede kök parçaları dokular arasındaki boşluklara kaçabilir. Bu durumlarda özel cerrahi müdahaleler gerekebilir. Çene kırığı ve çene çıkması çok nadir olmakla birlikte zor ve derin gömülü diş çekimlerinde oluşması mümkündür. Kliniğimizde yapılan her türlü işlem sonrası hekim önerilerine kesinlikle uyulmalı, kontroller ve dikişlerin alınması için verilen randevulara düzenli gelinmelidir. Aksi halde iyileşme ile ilgili sorunlar yaşanabileceği bilinmelidir. 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: Diş çekimi gereken bir dişin çekiminin yapılmaması sonucu bu dişler ağrı, şişlik hatta çenelerde kemik kayıplarına neden olabilmekte, çekimi yapılmayan enfekte süt dişleri/kök artıkları alttan gelen daimi dişlere de zarar verebilmektedir.

\*Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Diş hekimliğinde çekim esnasında lokal anestezi dışında herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır. Çekim sonrasında kanama oluşması durumunda çeşitli kanama durdurucu ilaçlarla (Transamine amp, K vit amp. Vb.) çeşitli kanama durdurucu tıbbi malzemeler kullanılabilir. \*Sağlığı için Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Diş çekim işlemi sonrasında çekim yerinin enfeksiyonlardan korunması için ağız bakımı (diş fırçalama, diş ipi kullanma vb.) önemlidir. Diş çekimi sonrası ağız tamponu yarım saat çıkarılmamalı, tampon sık sık değiştirilip tükürülmemelidir. Diş çekiminden sonra 4 saat hiçbir şey yenilip içilmemelidir. Diş çekiminden sonraki ilk günlerde yumuşak ve ılık yiyecek ve içecekler alınmalıdır, ağız temizliğine dikkat edilmelidir. İlk 24 saat alkol ve sigara tüketilmemelidir. Çekim sonrası ağrı geçmeyebilir bazen 1 haftaya kadar süren ağrılar olabilir.

\*Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Hafta içi mesai saatleri içerisinde kurumumuz hekim randevu sisteminden randevu alarak diş hekimine müracaat edebilir.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ  
GÖMÜLÜ VEYA NORMAL DİŞ ÇEKİMİ AYDINLATMA  
RIZA VE ONAM BELGESİ

KOD	HHD.RB.13	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2019	REV.NO	02	SAYFA NO	3/3
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	----------	-----

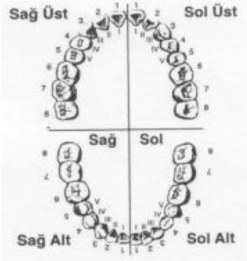
Hasta, Veli veya Kanuni Temsilcinin Onam Açıklaması:

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 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.  TEDAVİYİ REDDETME ve SONLANDIRMA HAKKIM OLDUĞUNU BİLİYORUM. (Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki noktalı alana kendi el yazınızla TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM şeklinde yazarak imzalayınız)  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 baska 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 16:09

14.12.2021 16:09

14.12.2021 16:09