



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
RÖNTGEN ÇEKİMİ AYDINLATMA RIZA VE ONAM
BELGESİ

KOD	HHD.RB.01	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2016	REV.NO	02	SAYFANO	1/3
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	---------	-----

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 Radyolojik tetkik işlemi 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.

RADYOLOJİK TETKİK İŞLEMLERİ:

PANAROMİK/PERİAPİKAL RADYOLOJİK TETKİK

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için radyolojik tetkik çekilmesi gerekebilir. Radyolojik tetkikler, gözle yapılan muayenede fark edilemeyen çürük alanların (örneğin dişler arasındaki çürüklerin) ve mevcut olan dolguların altında gelişen çürük ve ya da diğer zararların görülmesini sağlar. Dişeti hastalığı nedeniyle oluşan kemik kaybı hakkında bilgi verir. Kök kanalındaki sorunların görüntülenmesini sağlar. İmplant hazırlığı ve yerleştirilmesinde, ortodontik tedavinin başında ve süresince yararlı ve gereklidir. Kemik ve yumuşak dokudaki kist, tümör gibi patolojilerin belirlenmesinde yardımcıdır. Yapılan tedavilerin kontrolünde görünebilirlik sağlar. Çocukların ağızdaki diş gelişimi ve büyümeleri hakkında bilgi verir.

HAMİLELERDE RADYOLOJİK TETKİK ALINMASI:

Dişhekimliği radyolojisinde x-ışınları yalnızca baş ve boyun bölgesine yönlendirildiğinden, tüm ağız radyografilerinin (14 adet ağız içi film) alınması

durumunda bile, fetüsün alacağı doz, doğal kaynaklardan alınan dozdan dahi çok daha düşük düzeydedir. Tüm bunlara rağmen hamilelerde radyografi zorunlu olmadıkça ve mümkün olan en az sayıda alınır. Hastaya olası zararları önlemek için kurşun içerikli malzemeden yapılmış tiroit koruyucu ve karın kısmını da örten kurşun önlük giydirilerek çekim yapılır.

*Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği ve işlemden beklenen faydalar: Diş, çene ve yüz bölgenizden istenecek görüntüleme tetkikleri genel ya da ağız sağlığını ya da ağız sağlığını etkileyecek durumların tanısı, tedavisi planlaması ve tedavi aşamalarının takibi için gereklidir.

*Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı, işlemin tanımı ile tahmini süresi: Film çekimi çekim odalarında röntgen teknisyeninin yönlendirmesi ile ayakta veya oturarak yaklaşık 2-3 dakika sürede yapılır.

*Diğer tanı ve tedavi seçenekleri (işlemin alternatifleri) ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki etkileri: Radyolojik değerlendirmede amaç gözle görülmeyen diş ve/veya kemik ve/veya yumuşak doku içerisindeki patoloji ve hastalıkların teşhis edilmesidir. Tüm dişlerin görüntülerinin daha az radyasyonla, kısa sürede ve daha ekonomik olmasıdır.

*Muhtemel Riskler/Komplikasyonlar: İşlem daha az sürede ve daha az x-ışını ile gerçekleşmektedir.

Röntgen çekiminde kullanılan x-ışını canlı doku için zararlıdır. Bu nedenle hekiminiz sizin için gereken en az sayıda röntgen isteyecektir. Hamile iseniz veya hamilelik şüphenez varsa hekiminize ve röntgen görevlilerine bildirmek sizin yükümlülüğünüzdür. İşlem sırasında hareketsiz kalınması gereklidir. Hareket edilirse filmin kötü çıkması ve tekrar çekilmesi söz konusu olabilir.

*Uygulanmaması/Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler: Diş, dişeti, diş kökleri, çene ve yüzü oluşturan kemik dokusu ile ilgili hastalıklarda teşhis konulamamasına veya tedavi sürecinde aksaklıklara sebep olunabilir.

*Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Radyolojik tetkik işleminde herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ RÖNTGEN ÇEKİMİ AYDINLATMA RIZA VE ONAM BELGESİ

KOD	HHD.RB.01	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2016	REV.NO	02	SAYFANO	2/3
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	---------	-----

*Sağlığı için Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Dişler ana ve ara öğünlerden sonra düzenli olarak tüm gıda artıklarının uzaklaştırıldığından emin olana kadar fırçalanmalı, asitli içeceklerden ve sert gıdalardan kaçınılması önerilir.

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

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.

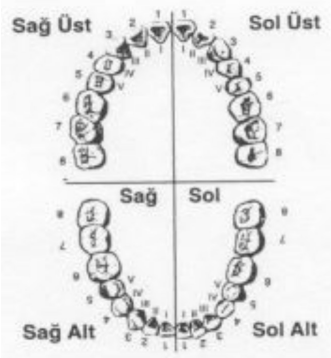
* Tedaviyi /İşlemi yapacak Diş hekimi hakkında bilgi edindim. Aklım başımda ve kendimi karar verebilecek yeterlilikte görüyorum. İstemediğim takdirde, tedaviye/işleme onay vermek zorunda olmadığını biliyorum.

* 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.

Gebeliğin haftasında veya gebelik şüphem olup; muayene eden doktorumun tavsiyesi üzerine sağlığım açısından gerekli olduğunu ve koruyucu önlemlerin alındığını bilerek kendi rızam ile radyolojik tetkikin yapılmasını kabul ediyorum. Hamile isem, doktorlara ve röntgen teknisyenlerine hamilelik durumumu belirteceğimi kabul ediyorum.





T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
RÖNTGEN ÇEKİMİ AYDINLATMA RIZA VE ONAM
BELGESİ

KOD	HHD.RB.01	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2016	REV.NO	02	SAYFANO	3/3
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	---------	-----

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,BİLGİLENDİRİLDİM,RIZA GÖSTERİYOR VE ONAYLIYORUM) yazarak

imzalayınız.....

Hastanın Adı Soyadı

Hekim / Kaşe

Müracaat No:

İmza

İmza

Tarih / Saat

14.12.2021 16:15

Tarih / Saat

14.12.2021 16:15

Hastanın Veli / Kanuni Temsilcisinin
Adı Soyadı

Radyoloji Teknisyeni

İmza

İmza

Tarih / Saat

14.12.2021 16:15

Tarih / Saat

14.12.2021 16:15