



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ  
DİŞ TEDAVİSİ AYDINLATMA RIZA VE ONAM BELGESİ

KOD	HHD.RB.16	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 Diş tedavisi ile ilgili bilgilendirmek ve rızanızı almaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz.

Bu bilgilendirme formu diş tedavisi işlemlerini 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 işleme ilgili merak ettiğiniz başka soruları da sorabilirsiniz.

İşlemin yapılabilmesi için bu bilgilendirme formu okuduktan sonra hastanın kendisi tarafından imzalanması gerekmektedir. Eğer hasta yaşı veya tıbbi nedenlerden ötürü onam veremiyorsa Vekili/Kanuni Temsilçisi tarafından okunup doldurularak imzalanır.

**LOKAL ANESTEZİ**

\*Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği ve işlemde beklenen faydalar: Hastayı ağzında bulunan çürüklerden ve fokal enfeksiyon odaklarından arındırmak amacıyla çürük dişlere dolgu yapılmaktadır. Lokal anestezi işlemi ile işlem yapılacak bölge uyuşturularak ağrıyı engellemek ve dolayısıyla hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmak 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 kas zayıflığı, 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, anafilaktik 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 dolgu 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.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

## ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ DİŞ TEDAVİSİ AYDINLATMA RIZA VE ONAM BELGESİ

KOD	HHD.RB.16	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2019	REV.NO	02	SAYFA NO	2/3
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	----------	-----

\*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.

### **Diş Tedavileri (Dolgu**

\*Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği ve işlemten beklenen faydalar: Çürük dişlerin en uygun dolgu malzemesi (kompozit, kompomer, cam ionamer, amalgam vb.) kullanılarak dolgu işlemiyle tedavisinin yapılması, şikayetin ortadan kaldırılarak diş bütünlüğünün korunması, estetik kaygıların giderilmesi, dişlerin erken kaybının engellenmesi, fokal enfeksiyon odağı oluşturacağı düşünülen dişlerin tedavi edilerek sistemik zararların engellenmesi amaçlanmaktadır.

Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı, işlemin tanımı ile tahmini süresi: Dolgu işlemi klinik hekiminiz tarafından, başvurduğunuz klinik içerisinde yapılacaktır. Diş çürüklerinde dişin ağız içinde bulunduğu konuma, çürüğün büyüklüğüne, dişteki madde kaybı gibi nedenlere bağlı olarak çeşitli dolgular yapılmaktadır. Tedavi sırasında kullanılan dolgu çeşitleri; amalgam, ışıklı, kompozit, cam ionamer dolgu vb'dir. Hastanın yaşı ve uyumu ile tedavi süresi 15 ile 45 dakika arasında değişebilmektedir.

Diğer tanı ve tedavi seçenekleri (işlemin alternatifleri) ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki etkileri: Dolgu işleminin alternatifi bulunmamaktadır. Diş tedavi edilmezse çürümeye ve enfeksiyon kaynağı olmaya devam eder.

\*Muhtemel Riskler/Komplikasyonlar: Lokal anesteziyle ilgili komplikasyonlar gelişebilir, dolgulardan sonra sıcak - soğuk hassasiyeti oluşabilir, Bu hassasiyet kişiye göre değişebilen sürelerde (15-20 gün) içinde kaybolur. Dolgu düşebilir, aşırı madde kaybı olan dişler kırılabilir. Boyar madde içeren yiyecek ve içecekler dolgunun zamanla renk değiştirmesine neden olabilmektedir. Dişte tedaviye cevap vermeyen bir enfeksiyon oluşabilir ve diş çekime gidebilir. Hastada tedavi amaçlı kullanılan materyallere karşı alerji gelişebilir. Hastanın verdiği ani tepkilerle dil, dudak, mukoza yaralanmaları oluşabilir ya da hasta kullanılan küçük malzemeleri aspire edebilir.

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: Dişe dolgu işlemleri uygulanmazsa ilgili dişte bir süre sonra ağrı, abse, şişlik, fistül oluşabilir ve çekilmesi gerekebilir. Dişetlerinde kanamalar ve kötü ağız kokusu artarak devam edebilir. Dişeti büyümeleri veya dişeti çekilmeleri meydana gelebilir veya mevcut durum şiddetlenebilir. Fonksiyon, fonasyon ve estetik bütünlük bozulur.

\*Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Diş hekimliğinde dolgu esnasında lokal anestezi dışında herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır. Tedavi işlemlerinde çeşitli dolgu maddeleri kullanılmaktadır. (Çinko fosfat siman, amalgam dolgu, kompozit dolgu, bonding, eugenol, kalsiyum hidroksit vb.)

\*Sağlığı için Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Ön diş ışıklı dolgular dikkatli kullanılmalıdır, sert şeyler ısırılmamalıdır. Amalgam dolgulardan sonra dolgunun sertleşmesi için 2 saat hiçbir şey yenilip içilmemelidir. Dolgudan sonraki ilk günler soğuk sıcak hassasiyeti olabilir.

\*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 hekimisi hakkında bilgi edindim. Aklım başımda ve kendimi karar verebilecek yeterlilikte görüyorum. İstemediğim takdirde, tedaviye/işleme onay vermek zorunda olmadığımı biliyorum.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

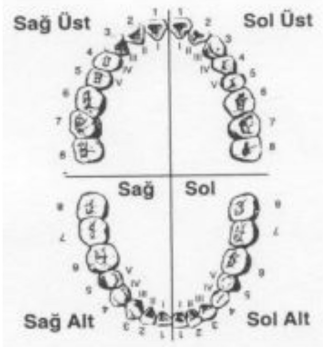
## ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ DİŞ TEDAVİSİ AYDINLATMA RIZA VE ONAM FORMU

KOD	HHD.RB.16	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2019	REV.NO	02	SAYFA NO	3/3
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	----------	-----

- 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 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

Hastanın Veli / Kanuni  
Temsilcisinin  
Adı Soyadı

Hekim Kaşe

Müracaat No:

İmza

İmza

İmza

Tarih / Saat

14.12.2021 16:07

Tarih / Saat

14.12.2021 16:07

Tarih / Saat

14.12.2021 16:07