



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

**ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ**  
**SABİT KURON-KÖPRÜ PROTEZ AYDINLATMA**  
**RIZA VE ONAM BELGESİ**

KOD	HHD.RB.02	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 Sabit Protez işlemleri ile ilgili bilgilendirmek ve rızanızı almaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz.

Bu bilgilendirme formu Sabit Protez 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 işlemle ilgili merak ettiğiniz başka soruları da sorabilirsiniz. İşlemin yapılabilmesi için bu bilgilendirme formu okunduktan sonra hastanın kendisi tarafından imzalanması gerekmektedir. Eğer hasta yaşı veya tıbbi nedenlerden ötürü onam veremiyorsa Vekili/Kanuni Temsilcisi tarafından okunup doldurularak

**LOKAL ANESTEZİ**

\*Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği ve işlemden beklenen faydalar: Diş çürükleri, kemik erimesi ve sonucunda meydana gelen kısmi ve tam diş eksikliklerinin yerine konulması için yapılır. 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 paralizisi (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 anestezi maddelerinin 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 anestejik maddeler kullanılır. Lokal anestezi 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 anestezi maddesi 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.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

**ATAŞEHİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ**  
**SABİT KURON-KÖPRÜ PROTEZ AYDINLATMA**  
**RIZA VE ONAM BELGESİ**

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

**KRON SÖKÜMÜ VE SABİT KURON- KÖPRÜ PROTEZLER**

\*Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği ve işlemten 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: Sabit protez (Kron-köprü) teslimi aşamasına kadar geçen sürede ayak dişler açıkta kalacağından ısı değişikliklerine aşırı hassasiyet gösterebilir. Bu durum protezin yapıştırılmasından sonra bir süre devam edebilir. Ağrıların üç hafta içinde azalarak geçmesi beklenir. Ancak; daha uzun sürer ve artarsa mevcut ayak dişlerine kanal tedavisi gerekebilir.

Sabit protezin sökümü ve kullanımı sırasında çatlama, kırılmalar olabilir. Sabit protezin rengi çok nadirde olsa doğal diş rengi ile uyumlu olmayabilir. Protez dişler normal dişler gibi ısırma ve koparma yapamayabilir. Zaman zaman yapılan protezler ağız dokularında ağrı ve acıya sebep olabilir, kötü koku ve tat bırakabilir. Ağız hijyenine dikkat edilmediği takdirde köprülerin altındaki destek dişlerde çürümeler olabilir. Bu konuda sorumluluk hastaya aittir. Protezin her türlü tamir işlemi aslı gibi olmayabilir. Hastaların estetik beklentileri bazen hastanın anatomik farklılıkları nedeniyle karşılanamayabilir. Mevcut ayak dişlerde sallanma (lüksasyon) varsa, köprü ile birlikte çıkabilir veya kök kırıkları yaşanabilir. Buna bağlı olarak tedavi planı ve randevular değişebilir. Sabit protezlerde ihtiyaç halinde köprü sökümü yapılabilir Köprü sökümü işleminin alternatifi yoktur. İşlem süresi yaklaşık 20-60 dakikadır. Zaman içinde protez gevşeyerek düşebilir ve tekrar yapıştırılabilir. Sabit protezler normal fırçalamaya ilaveten köprü altı ipleri, ara yüz fırçaları ile temizlenmelidir. Aksi takdirde köprü altı dişlerde çürüme ve ağız kokusu oluşabilir. 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: Diş hekimliğinde diş kesimi, köprü sökümü esnasında lokal anestezi dışında herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır.

\*Sağlığı için Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Sabit protezler normal fırçalamaya ilaveten köprü altı ipleri, ara yüz fırçaları ile temizlenmelidir. Aksi takdirde köprü altı dişlerde çürüme ve ağız kokusu oluşabilir. Çok sert ve aşırı yapışkan gıdaları tercih etmemeli, özellikle ön dişlerle sert gıdaları koparmamalı zira porselende kırılmalar köprünün yerinden çıkması gibi sorunlar meydana gelebilir. 6 ayda bir düzenli diş hekimi kontrollerini gerçekleştirmelidir.

\*Gerektiğinde 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  
SABİT KURON-KÖPRÜ PROTEZ AYDINLATMA  
RIZA VE ONAM BELGESİ**

KOD	HHD.RB.02	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 hakkında HEKİMİM TARAFINDAN SÖZEL OLARAK AYRINTILI ANLATILDI. Ayrıca BU RIZA FORMUNU OKUYARAK da ayrıntılı bilgi edindim.

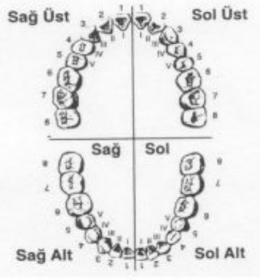
Tedavi /İşlemden sonra dikkat etmem gereken hususları anladım. Bana sağlık durumumla ilgili gerekli açıklamalar yapıldı ve tüm sorularım anlayabileceğim bir şekilde cevaplandı.

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,BİLGİLENDİRİLDİM, RIZA GÖSTERİYOR VE ONAYLIYORUM) yazarak imzalayınız.

HASTANIN ADI SOYADI

HASTANIN VELİ/KANUNİ TEMSİLCİSİNİN  
ADI SOYADI

HEKİM / KAŞE

Müracaat No:

İMZA

İMZA

İmza

TARİH/SAAT

14.12.2021 16:12

TARİH/SAAT

14.12.2021 16:12

TARİH/SAAT

14.12.2021 16:12