



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

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

KOD	HHD.RB.17	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 tedavi/işlem ile ilgili bilgilendirmek ve rızanızı almaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz. Bu bilgilendirme formu kliniklerde yapılan kanal tedavisi 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 vermeyi amaçlamaktadır. 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 işlemten beklenen faydalar: Kanal tedavisi dişin özünde bulunan dokuların ve çürüğün temizlenmesi ve kök kanalı içerisine ilaçların konularak enfeksiyonun kurutulması esasına dayanır. 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 anestezi 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 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.

### KANAL TEDAVİSİ

Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği ve işlemten beklenen faydalar: : Dişlerde oluşan çürük zamanında temizlenip dolgu yapılmaz ise çürüğü oluşturan mikroorganizmalar dişin derin dokularına ilerleyerek dişin özüne ulaşır ve enfeksiyona sebep olur. Kanal tedavisi dişin özünde bulunan dokuların ve çürüğün temizlenmesi ve kök kanalı içerisine ilaçların konularak enfeksiyonun kurutulması esasına dayanır. Canlı dişlerin veya canlı olmayan dişlerin içindeki damarlar ve sinirler kanal aletleri kullanılarak dişten



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

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

KOD	HHD.RB.17	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2019	REV.NO	02	SAYFA NO	2/3
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	----------	-----

uzaklaştırılır. Kök kanalı içindeki enfeksiyon kurutulduktan sonra diş özünün bulunduğu kanallara dolgu yapılır. Amaç dişin çekilmeden kurtulabilmesidir.

\*Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı, işlemin tanımı ile tahmini süresi: Kanal tedavisi işlemi klinik hekiminiz tarafından, başvurduğunuz klinik içerisinde yapılacaktır. Kanal tedavilerinde tedavi süresi, tedavi yapılacak dişin özelliğine (tek köklü, iki köklü, üç köklü), hastanın yaşına ve uyumuna göre 30 ile 60 dakika arasında değişebilmektedir. Kanal tedavisi işlemlerinde dişteki enfeksiyonun durumuna göre birden çok seansa ihtiyaç duyulabilmektedir.

\*Diğer tanı ve tedavi seçenekleri (işlemin alternatifleri) ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki etkileri: Kanal tedavisi işleminin alternatifi bulunmamaktadır. Diş kanal tedavisi yapılmazsa çürümeye ve enfeksiyon kaynağı olmaya devam eder. Dişte ağrı ve abse, diş kaybı olabilir.

\*Muhtemel Riskler/Komplikasyonlar: Lokal anesteziyle ilgili komplikasyonlar gelişebilir. Kavite şekillendirilmesi ve dişin sinirlerinin çıkarılması esnasında şiddetli ağrı ve sızlama olabilir. Kanal tedavisi esnasında dişte ve dişin kökünde perferasyon oluşabilir. Tedavi sırasında kök kanalı içerisinde kullanılan küçük aletlerin azda olsa kırılma riski vardır. Kırılan kanal aletinin pozisyonuna ve dişin durumuna göre hekim kararıyla alet kanalda bırakılabilir. Kanal tedavisi sonrası kökte enfeksiyon, kök kanalında tıkanıklık oluşabilir. Kanalin tıkalı olmasına bağlı olarak kanalda eksik dolgu, kök ucundaki enfeksiyona bağlı olarak kanal kökünü taşıyan dolgu yapılabilir. Tedavilerden sonra kısa süreli sıcak - soğuk hassasiyeti oluşabilir, zamanla 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. Kanal tedavisi dişin çekilmeden kurtulması için yapılan bir işlemdir, çok başarılı klinik sonuçlarının olmasına rağmen biyolojik bir işlem olması nedeniyle hiçbir zaman garantisi verilemeyen bir tedavi yöntemidir.

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 kanal tedavisi işlemleri uygulanmazsa ilgili dişte bir süre sonra ağrı, abse, şişlik, fistül oluşabilir ve çekilmesi gerekebilir. Dişetlerinde kanamalar ve kötü ağız kokusu artarak devam edebilir.

\*Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Diş hekimliğinde dolgu esnasında lokal anestezi dışında herhangi bir ilaç kullanılmamaktadır.Kanal tedavisi işlemlerinde çeşitli kanal patları ve çeşitli antiseptik solüsyonlar kullanılmaktadır.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)

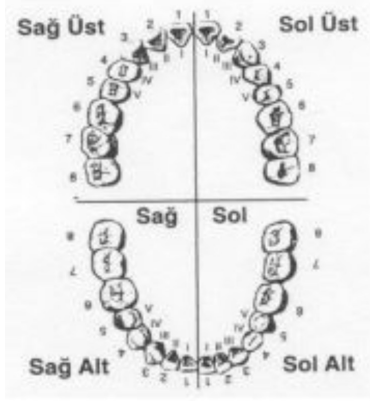


T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

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

KOD	HHD.RB.17	YAY. TRH	02.05.2016	REV TRH	25.06.2019	REV.NO	02	SAYFA NO	3/3
-----	-----------	----------	------------	---------	------------	--------	----	----------	-----

- 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 16:11

Tarih / Saat

14.12.2021 16:11

Tarih / Saat

14.12.2021 16:11