

.....(Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi/ Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi) EK-2
EVDE SAĞLIK HİZMETİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMALARI
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli hastamız, evde sağlık kapsamında yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir. Bu onam; uygulanacak tüm işlemler sırasında karşılaşılabilecek muhtemel yan etkiler (komplikasyonlar) hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmenizi sağlamak, bunları bilerek muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi onaylamak için size imzalatılmaktadır.

HEKİM KAŞE-İMZA

ONAM TARİH VE SAATİ

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Bu form Evde Sağlık Hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişi ya da hizmet alması istenen kişinin yakınlarına yönelik hazırlanmış bilgilendirme formudur. Formu dikkatlice okuyunuz ve sorularınız ya da anlamadığınız noktalar varsa bilgi almak için hekim/sağlık personeline danışarak lütfen yardım isteyiniz. Talebiniz üzerine size yazılı bilgi verilecektir.

Tedavimi yapacak hekime genel sağlığım, kullandığım ilaçlar ve özel durumlarım hakkında tam ve doğru bilgiler verdiğimi ifade ederim. Hekimim, yukarıda bahsi geçen tedaviler için oluşabilecek ve aşağıda özetlenen muhtemel yan etkiler hakkında beni sözlü olarak da detaylı bir şekilde ilgilendirmiş, tıbbi uygulama gereğince yapılmış olması halinde dahil uygulanan tedavilerle ilgili tam bir memnuniyet sözü veya garanti verilmemiştir.

ANESTEZİ	Uygulanacak lokal anestezi maddelere veya kullanılacak malzemelere karşı daha öncesinde sorun olmamasına rağmen alerjik reaksiyon gelişebilir, Lokal anestezi işlemine bağlı olarak dişetinde hassasiyet, geçici yüz felci, kızarma, morarma, şişlik, ağzın açılmaması, gözün kapanması gibi sorunlar olabilir, enjektör ve kullanılan bazı aletlerin işlem sırasında kırılabilir, bu parçaları istem dışı yutabilirim. Enjeksiyon bölgesinde birkaç gün süren ağrı, kanama, ödem, hematoma, renk değişikliği; trismus (çene açmada güçlük) oluşabilir. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 1-4 saat hissizdir, bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme, içme önerilmez. Özellikle çocuklarda dil ve dudak uyuşuk kısımlarını ısırmaya karşı korumaya özen göstermek gerekir aksi durumda yaralanmalar meydana gelir. Korku, heyecan, açlık durumlarına bağlı senkop(bayılma) ve hipotansiyon (tansiyon düşmesi) gelişebilir, alkol ve madde kullanımında anestezi etkisi azalabilir veya oluşmayabilir. Çok nadir de olsa deri döküntüsü şeklinde alerjiler ve hatta ölüme bile neden olabilen alerji (anafilaktik şok) gelişebilir. Bunların hiçbiri olmayabilir. Hasta mutlaka açlık, gebelik, var olan hastalık(kalp, şeker, tansiyon vb.), bulaşıcı hastalık, kullanılan ilaçlar ve alerjisi olup olmadığı konusunda hekimini bilgilendirmelidir. Anestezi yapılmasının hasta tarafından istenmediği durumlarda işlem sırası ve sonrasında ağrı oluşacağı bilinmeli buna bağlı ani tepkiler verilip istenmeyen yaralanmalar oluşabileceği, hasta ve hekim konforunun kaybolacağı; bazı işlemlerin (örneğin çekim) anestezi sağlanmadan yapılamayacağı bilinmelidir.
DİŞ TAŞI TEMİZLİĞİ	Diş taşlarının özel aletlerle temizlenmesidir. Tedaviden sonra; dişlerde soğuk-sıcak hassasiyeti, diş aralarında boşluk hissi gelişebilir. Yoğun diş taşı mevcut olan diş sallanmalarını maskeler, tedavi sonrası sallanmalar daha net hissedilebilir. Olası komplikasyonlar; tedavi sonrası ağız bakımı yetersiz olursa, dişetlerinde enfeksiyon ve buna bağlı diş kaybıdır. Tedaviyle dişeti kanamaları, ağız kokusu ve hassasiyetlerin geçmesi beklenir. Tedavi yapılmazsa; enfeksiyon ve kemik yıkımına bağlı dişler kaybedilebilir. İşlemin alternatifi yoktur. Ortalama süre, 20 dk. sürer, 1-3 seanstır.

EVDE SAĞLIK HİZMETİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMALARI
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

DİŞ ÇEKİMİ	Anestezi altında yapılır. Olası komplikasyonlar; Diş çekimi veya cerrahi müdahale esnasında dişte ve kemikte kırılmalar, anatomik yapılarda hasar, enfeksiyon, ağız açıklılığında kısıtlılık, komşu dişlerde zarar, geçici veya kalıcı his kaybı, artık kök çıkarılamaması, çene eklemine zedelenmesi, işlem sonrası uzun süreli kanamaların ve ağrıların olabilir. Uygulanmaması durumunda; yaygın enfeksiyon, fonksiyon kaybı ve ağız kokusu oluşur. İşlemin alternatifi yoktur. Süre şartlara göre değişkendir.
DOLGU	ART (Atravmatik Restoratif Tedavi) için geçerlidir.Çürüğün el aletleri ile temizlenerek dolgu maddesi ile diş bütünlüğünün sağlanmasıdır. Tedavi yapılmazsa; çürük ilerleyerek diş kaybına neden olabilir. Derin çürüklerde kanal tedavisi gerekebilir. (Bu gibi durumlarda ADSM'ye nakil gerekebilir.) Olası komplikasyonlar; çürüğün büyüklüğüne bağlı olarak dişte kırılma, dolguda düşme, soğuk-sıcak hassasiyeti ve ağrı olabilir. İşlemin alternatifi yoktur. Ortalama süre 30 dk.dır.
HAREKETLİ PROTEZ	Kısmi veya tam diş kayıplarında kişinin fonksiyon, konuşma ve estetik sorunlarını gidermek için yapılır. Protez yapılmazsa; eklem problemleri, çiğneme kaybına bağlı mide problemleri, mevcut dişlerde boşluğa doğru kayma ve uzamalar gözlenebilir. Hareketli protez yaptırdığımda ise bu protezin ağızda oynayabileceğini, konuşmamı bozabileceğini, ağızda kötü koku ve tat bırakabileceğini, protezin altında gıda birikebileceğini, dilimi rahatsız edebileceğini, kanca gelen dişlerin zarar görebileceğini, çok etkili ısırma ve koparma yapamayabileceğimi, estetiğin göreceli bir kavram olduğunu, yapılan protezlerin ağız dokularında ağrı ve acıya sebep olabileceğini, protezin kırılabilceğini, her türlü tamir işleminin aslı gibi olmayabilir, total/kısmi protez ilk kullanıldığı dönemde ağız içerisinde yumuşak dokularda vuruşlar oluşturabilir. Alerjik kişilerde, proteze bağlı alerji gelişebilir. Protez üzerindeki dişler düşebilir. İşlemin alternatifi; uygun bireylerde implanttır. İşlemin ortalama süresi ağız hazırlandıktan sonra 15 iş günüdür.

Benim/ velisi olduğum hastanın yukarıda vermiş olduğu bilgiler ve planlanan tedaviler göz önüne alınarak yapılacak her türlü diş tedavi işlemlerine gerekli bilgilendirme tarafıma yapılmıştır. Yukarıda belirtilen hususları dikkate alarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu da bilerek tüm bu şartlar altında tedavimin yapılmasını kabul ediyorum.

HASTA VEYA KANUNİ TEMSİLCİSİNİN

Adı- Soyadı:

Tarih:

İmza: