



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
İMLANT ÜSTÜ SABİT VE HAREKETLİ PROTEZLER ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.35	ARALIK 2023	0	0	1 / 4

Hasta Bilgileri;

Adı Soyadı

Dosya No

Doğum Tarihi

(Hasta barkodunu varsa yapıştırınız.)

	Çevirmen İhtiyacı	
Çevirmen gerekli miydi?	Evet	Hayır
Gerekli ise onam sırasında nitelikli bir çevirmen yanınız damıydı?	Evet	Hayır

Sayın hasta/velisi/vasisi,

Lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.

- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.
- Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İsteddiğiniz zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.
- Mevcut sistemik hastalıklar, alerjiler, kullanılan ilaçlar ve genel sağlık durumu ile ilgili olarak hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir.
- Sağlık kuruluşumuzun düzeninin ve tedavi programının aksamaması için randevularınıza sadık olmaya ve zamanında gelmeye özen gösteriniz. Gelmeniz mümkün olmadığında, randevunuzu 24 saat öncesinden iptal ettiriniz. Randevu saatinde gelmemeniz durumunda, klinik yoğunluğuna bağlı olarak randevunuz başka bir güne ertelenebilir.

İŞLEM HAKKINDA BİLGİLENDİRME

İmplant üstü protezler, geleneksel protezlere alternatif bir tedavi yöntemidir. Temel olarak, bir ya da daha fazla sayıda diş eksikliği bulunan çene kemiklerine özel üretilmiş titanyum vidalar yerleştirilmesini ve bunların üzerinde bulunan tutucu mekanizmalara uygun kuron-köprü ya da hareketli protezlerin bağlanmasını ifade eder. Hastanın beklentileri, genel sağlık durumu ve çene kemiklerinin durumu tedaviyi etkileyen faktörlerdir. Bu nedenle cerrahi işlemleri gerçekleştirecek ve protetik işlemleri gerçekleştirecek hekim sizi birlikte muayene edecek ve yapılan planlamayı bu aşamanın bitiminde sizinle paylaşarak onayınıza sunacaklardır.

Buna rağmen biyolojik dokular üzerinde çalışıldığı ve çeşitli aşamalarda öngörülemeyen etkenler nedeniyle tedavi planlamasında değişiklik yapılması gerekebileceği unutulmamalıdır.

Tedavi planlamasını başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker hastalığı, tansiyon, osteoporoz vb.), bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi), varsa kullandığı ilaçları hekimiyile paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir. Hastanın herhangi bir maddeye (penisilin vb.) alerjisi varsa tedaviye başlamadan önce söylemesi gerekmektedir. Bu hastalıklar tedaviye yönelik başarısızlık risklerini de önemli ölçüde artırabileceği için önceden bilinmesi çok önemlidir. Sigara içmek, alkol bağımlılığı, diş gıcırdatmak gibi dişlerde/implantlarda travma oluşturabilecek alışkanlıklar,



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
İMLANT ÜSTÜ SABİT VE HAREKETLİ PROTEZLER ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.35	ARALIK 2023	0	0	2 / 4

implant tedavilerinin başarısı için bir risk oluşturduğundan tedaviye başlamadan önce muhakkak hekiminize bu konularda danışınız. Tedaviye başlamadan önce, tedavi sırasında ve sonrasında cerrahi ya da protetik nedenlerle çeşitli radyolojik tetkikler (periapikal radyografi, panoramik radyografi, ağız içi tomografi) yaptırmanız istenebilir. Tedavinin başlangıç safhasında, implant parçalarının satın alınması ve cerrahi işlemler için ödediğiniz ücretler, protez yapım ücretlerini kapsamaz. İmplantların üstüne yapılacak olan sabit veya hareketli protezler için ayrı bir ücret ödemeniz gereklidir.

Bölümlü ya da total dişsizlik vakalarında implantların yerleştirilmesini takiben geçici protez kullanmanız gerekebilir. Bu protezleri tedavi bitiminden sonra kullanamayabilirsiniz. Bu protezlere yönelik tedavi giderleri tarafınızca karşılanacaktır.

Genellikle 2-4 ay, gerekli olduğu takdirde daha uzun süre implantları iyileşmeye bırakılır ve protezlerin yapımına ancak implant iyileşme başlıkları takıldıktan 10-15 gün sonra başlanabilir.

Cerrahi aşamadaki ya da iyileşme sürecindeki bazı aksaklıklar, size önerilen tedavi planlamasının dışına çıkılmasını ya da bu tedavi planının gerçekleştirilebilmesi için ekstra malzemelerin kullanımını gerektirebilir. Yeni tedavi planlaması sizin onayınızla gerçekleştirilecektir. Ancak yine de bu planlamada kullanılacak bazı malzemeler için tekrar ödeme yapmanız gerekebilir.

Hekimiz tarafından size bildirilecek kontrol randevuları önemlidir. İmplant üstü protezlerde günlük bakım ve ev bakımı önemlidir.

TEDAVİYE YÖNELİK KARŞILAŞILAN SORUNLAR

- İmplant etrafındaki dişetinde enfeksiyon, implantın boyun bölgesinde kemik kaybı, implant etrafında kemik kaybı, implantın kemikle bağlantısının kısmen ya da tamamen kaybolması, buna bağlı implantın cerrahi olarak çıkarılma zorunluluğu

- Vida gevşemesi, vida sıkışması, vidaların gevşemesi sonucu yutulması
- Vida kırılması, İmplantın boyun bölgesinde kırılmalar, İmplantın abutment dediğimiz üst parçasında kırılmalar

- Sabit implant üstü protezlerde aşağıda belirtilen problemlerle sınırlı olmayan ancak hastadan hastaya değişen pek çok farklı problemlerin yanında doğal dişlere uygulanan protezlere benzer problemler de oluşabilir.

- Yetersiz kemik miktarının olması gibi durumlarda ideal estetik görünüme ulaşamama ve yanak ve dudağa yeterli destek sağlayamama, implantın boyun bölgesinin görünmesi, dişetinden metal rengin aksetmesi, protez dişlerin rengi veya şekli ile ilgili olarak oluşabilecek kısıtlamalar.

- Vidalı kron ve köprü protezlerinde kapatıcı malzemenin çıkması, vida gevşemesi, çıkması, kaybı.
- İmplantın ideal olarak konumlanamaması sonucu protezin uygun şekilde konumlandırılmaması veya implantın protez için destek olarak kullanılamaması.

- İmplant üstü protezlerde hasta tarafından temizlenebilme amacıyla hazırlanan alanlara gıda sıkışması, hava kaçması

- İmpant desteklerin üzerindeki kron veya köprünün gevşemesi ya da çıkması • Kron veya köprü malzemelerinde (porselen, metal vb.) kırılmalar, atmalar

- Protezlerde okluzal uyumlanmanın gerekebilmesi

- Kron ve köprülerin değiştirilmesi ihtiyacı Hareketli implant üstü protezlerde aşağıda belirtilen problemlerle sınırlı olmayan ancak hastadan hastaya değişen pek çok farklı problemlerin yanında doğal dişlere uygulanan protezlere benzer problemler de oluşabilir • Protez altına gıda birikmesi

- Protezlerin vuruklara neden olması

- İmplant üstü tutucularda, lastik veya metal parçalarda kullanıma bağlı aşınmalar, bozulmalar, yanlış kullanım sonucu tutucu parçalarda bozulmalar ve yenileme ihtiyacı. Bu parçaların yenilenmesi zorunludur ve hastanın ilave bir ücret ödemesini gerektirir.

- Protezin ataçman kısmının çıkması, kaybolması. Bu durumda parçaların yenilenmesi zorunludur ve hastanın ilave bir ücret ödemesi gerekir.

- Protez tutuculuğunun zamanla azalması, bollaşması, protezlerde besleme ihtiyacı.

- Protezlerde kırık veya çatlaklar oluşması

- Konuşma ile ilgili problemler

- Okluzal uyumlama ihtiyaçları

- Protezlerde kırıklar veya çatlaklar, protez dişlerinde çikma veya kırılmalar, zamanla aşınmalar.



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
İMLANT ÜSTÜ SABİT VE HAREKETLİ PROTEZLER ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.35	ARALIK 2023	0	0	3 / 4

• Protez malzemesinin renklenmesi, zamanla veya yanlış kullanıma bağlı olarak bozulması veya eskimesi, protezlerin tamamen değiştirilmesi ihtiyacı. İmplant üstü protezlerde oluşabilecek her türlü problemde muhakkak en kısa zamanda doktorunuza danışmanız gerekir.

Alternatif tedaviler: İmplantlarda ortaya çıkan herhangi bir komplikasyon sonucu tekrar implant uygulanmasının mümkün olmadığı ve implant üstü protezlerle diş eksikliklerinin restorasyonunun yapılamadığı durumlarda doktorunuzun uygun gördüğü diğer klasik yaklaşımlarla diş eksikliklerinizi tedavi ettirmeniz gerekebilir

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

Bu işlem Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik diş tedavisinde görevli hekimler ile uygulamada bulunan öğrenciler tarafından gerçekleştirilecektir.

LOKAL ANESTEZİ AYDINLATMA ONAM METNİ

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Lokal anestezi ağrı hissini azaltmak amacıyla yapılmaktadır.

Tıbbi tedavinin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek veya göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Tedaviye başlamadan önce, geçirmiş olduğunuz, sistemik, bulaşıcı hastalıklar veya alerjinizin olup olmadığı hususların hekiminizle paylaşmanız önem arz etmektedir;

Tüm tedavilerin başarı oranı çok yüksek olmasına rağmen garanti edilemeyeceği, dolayısıyla tedavi edilen dişlerin çekiminin gerekebileceği, ileriki dönemlerde tedavinin ve hastalığın tekrarlayabileceği bilinmelidir.

Tedavi sırasında ve sonrasında ilaç tedavisi gerekebilir. Bunların kullanım süreleri, kullanım şekilleri hekimin belirttiği şekilde uygulanmalıdır. İlaçların yan etkileri durumunda da hasta hekimine başvurmalıdır.

Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.

Hizmetlerimizde ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikâyetleriniz için; Hasta iletişim birimine başvurabilir, Fakültemizde bulunan öneri ve dilek kutularına atabilir, Web sitemizden bize iletebilir, SABİM-BİMER kanalıyla başvuru yapabilirsiniz.

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Lokal Anestezi: Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestetik madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Anesteziden beklenenler: Anestetik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. 2-4 saat sonrasında anestezinin etkisi ortadan kalkar. Anestezi yapılmazsa: Lokal anestezi uygulanmadığı durumda işlemler ya çok ağrılı olacağından yapılamamakta ya da daha komplike bir işlem/sedasyon altında yapılmaktadır.

Yapılacak işlemler(tedaviler) sırasında ağrı duyulur.

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

İşlem sırasında alerjik reaksiyon gelişebilir, his kaybı, bulantı ve kusma olabilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar varsa anestezi başarısız olabilir. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-4 saat boyunca hissizdir. Bu nedenle ısırma ya da yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. İşlemin alternatifi yoktur. Ortalama işlem süresi; 5 dakikadır.

İşlem için onay veren hasta anestezi onayını kabul eder.

EĞİTİME KATKIYA ONAY

1. Bu işlemin eğitimde eğitsel rolü olabileceğinden eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını;
Kabul ediyorum. Kabul etmiyorum.
2. İşlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini ve bu çekilen kayıtların da kimliğimin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını;
Kabul ediyorum. Kabul etmiyorum.



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
İMLANT ÜSTÜ SABİT VE HAREKETLİ PROTEZLER ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.35	ARALIK 2023	0	0	4 / 4

Hasta/İmza:

Hekim/İmza:

HASTA ONAYI

Diş Hekimitarafından konulan tanı ve tedavi ile ilgili planlama, alternatif tedaviler, sonuçları, istenmeyen yan etkileri hakkında bilgilendirildim, anladım. Uygulanacak olan tedaviyi kabul ettim.

Tedavi süresinde/sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlarla planlamanın değişebileceği anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Tedavi uygulanmadığı takdirde ortaya çıkabilecek olası riskler, tedavinin alternatif uygulamalarına göre maliyet hesapları, gerekli görüldüğü takdirde diğer hekimlerden konsültasyon istenebileceği konularında bilgilendirildim, anladım, kabul ettim.

Tedavim/vasisi olduğum kişinin tedavisi hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi. Yapılacak tedavilerin başarısının bana da bağlı olduğu, evde üzerime düşen ağız temizliği ve önerilere uymam gerektiği, vazgeçilmesi gereken zararlı alışkanlıklarla ilgili önerileri yerine getirme ve yazılacak reçetelerdeki ilaçları tarife uygun doz ve sürelerde kullanma gerekliliği anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Uygulanacak tedavilerin ağız ve diş sağlığını korumayı amaçladığını, tıbbi hizmetlerin özenle yürütüleceği ancak tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilemeyeceği tarafıma anlatıldı, anladım ve kabul ettim. Hasta hakları ve sorumlulukları, hekim hakları ve yükümlülükleri konularında detaylı olarak bilgilendirildim. (El yazınız ile “okuduğumu anladım, kabul ediyorum” yazınız).

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Yapılacak tedavi ve girişimlerin yararları ve yapılamadığı takdirde olabilecekler konusunda bilgilendirildim. Yukarıda açıklanan ifadelere dayanarak; İŞLEMLERİN YAPILMASINI KABUL EDEREK hekim taburcu edene kadar ilgilenecek olan hemşirelerin yapacakları işlemleri ve tüm tıbbi müdahaleyi, gerektiğinde yatmayı, fakülte kurallarına uymayı kabul ediyorum ve istediğim halde ilgili prosedürlere uyararak tedavimi nasıl ret edebileceğimi biliyorum. Rıza belgesinin bir nüshası istediğim takdirde tarafıma verilecektir.

Lütfen kutu içine kendi el yazınızla “*Hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, ONAY VERİYORUM.*” yazınız.

HASTA/VELİ/VASİSİNİN;

ADI SOYADI:

YAKINLIK DERESESİ:

İMZASI :

TARİH :...../...../..... SAAT :...../.....

ŞAHİTLİK EDENİN;

ADI SOYADI:

TELEFON NO:

ADRESİ:

TARİH :...../...../.....SAAT...../..... İMZASI:

İŞLEMİ UYGULAYACAK HEKİMİN ONAYI;

Hastanın Bilinci Kapalı Hasta 18 Yaşından Küçük
Acil Ameliyata Alınması Gereken Hasta

Hastanın Karar Verme Yetkisi Yok

RIZANIN ALINDIĞI;

Tarih: /..... /..... , Saat:...../.....

HEKİMİN;

Adı Soyadı:

İmza:

Kaşe

Not: Alınan onamlarda “okudum, anladım, onay veriyorum “ ifadesi olmalı, form iki nüsha olarak imza altına alınıp bir nüshası hasta dosyasına, diğer nüsha hastaya veya kanun temsilcisine verilir.

***Hasta karar verme yetkisi işaretlendi ise Şahitlik eden kısmı doldurulmalıdır.**