



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
HAREKETLİ ORTODONTİK TEDAVİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER VE
YAŞANABİLEN OLUMSUZLUKLAR ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.32	ARALIK 2023	0	0	1 / 2

Hasta Bilgileri;

Adı Soyadı

Dosya No

Doğum Tarihi

(Hasta barkodunu varsa yapıştırınız.)

ÇEVİRMEN İHTİYACI

1-Çevirmen gerekli miydi?

Evet

Hayır

2-Gerekli ise onam sırasında nitelikli bir çevirmen yanınızda var mıydı?

Evet

Hayır

Sayın Hasta, Sayın Veli/ Vasi;

Bu onam formu size/hastanıza anlatılan ve uygulanacak olan tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, işlem/lerden beklenen yararları, olası yan etkileri, alternatif tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri, bu işlem/ler gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği gibi konularda sizi aydınlatmak ve rızanızı almak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmekteyiz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

Hareketli apareyinizin tipine bağlı olarak tüm gün, gece kullanım veya yemeklerde çıkarma gerekebilir. Doktorunuz en uygun kullanım şeklini size açıklayacaktır. Hareketli apareylerin elemanlar dişlerinize yerleştirildiğinde ilk bir hafta sizi rahatsız edebilir ve günlük çiğneme fonksiyonlarınızı etkileyebilir. Ayrıca randevularda tellerin aktivasyonu sonucu dişlerinize hassasiyet ve ağrı olması normaldir. Vidalı bir aparey söz konusu ise vidanın her çevrilmesi sonucu dişlerinize oluşacak basınç hissi normaldir ve 1-2 gün içinde azalır ve kaybolacaktır. Bunun dışında devamlı ve artan bir ağrı durumunda ya da batan, vuran, acıtan bir problemle karşılaştığınızda hekiminize telefonla başvurunuz.

Apareyiniz takıldığı ilk gün konuşmanızda bozukluk oluşabilir. Bu durum en fazla 1 hafta süren geçici bir dönemdir. Bu zaman diliminde sesli olarak bir şey okunması ve bol bol konuşulması bu süreci kısaltacaktır. Apareyiniz takıldığı ilk birkaç gün tükürük salgınızdaki artma ve dışarı tükürme isteği normaldir. Apareyinizi kullanmaya devam ediniz.

Tedavi boyunca ağız temizliğine dikkat edilmez, dişler düzenli bir şekilde fırçalanmazsa dişlerde renk değişiklikleri, izler ve çürükler oluşabilmektedir.

Dişetlerinizin ve yumuşak dokularımızın (dişeti, damak, dudak) sağlığı açısından önemlidir. Uygun temizlik yapılmadığında yumuşak doku irritasyonlar ve çeşitli enfeksiyonlar gözlenebilir. Bu nedenle her yemekten sonra dişlerinizi birlikte apareyinizi akrilik kısmından tutarak hekiminizin önerdiği şekilde fırçalamanız gerekir. Bununla birlikte bu apareyleri kullanırken bazen ağız içinde yaralar oluşabilir. Böyle bir durumla karşılaşırsanız bize başvurmanız halinde bu yaralara neden olan kısımlar düzeltilir.

Uygulanan hareketli apareyler akrilik denilen bir maddeden yapılmaktadır. Çok nadir de olsa bu maddeye karşı alerji gelişebilir. Bu durumda hemen doktorunuza başvurunuz.

Hareketli aparey kullanımı sırasında erik, fındık, ceviz gibi sert yiyecekler, sakız gibi yapışkan maddeler, apareyiniz kırılmasına ve yapısının bozulmasına neden olmaktadır. Tedaviniz boyunca bu gibi gıdalardan uzak durmanız tedavinizin seyri bakımından çok önemlidir. Size vereceğimiz broşürü dikkatle okuyunuz. Bu konuda bize yardımcı olacağımızı düşünüyor ve teşekkür ediyoruz.

Hareketli apareylerle tedavi sonrasında gerekli durumlarda farklı tedavilere geçilip geçilmeyeceği konusunda sizi bilgilendireceğiz.

Apareyiniz kırılması, kaybolması durumunda yeni bir aparey için belirli bir laboratuvar ücreti ödemeniz gerekebilir. Bunun dışında, tedaviniz süresince uygun görüldüğü durumlarda apareyinizin yenilenmesi gerekebilmektedir.

Yukarıdaki önerilere uyulmadığı takdirde tedavinin gidişatından hasta sorumludur. Bizlerle işbirliği içinde olmanız ve sizden isteneni yapmanız tedavinizi kolaylaştıracak ve kısaltacaktır. Bu konuda yardıma olmazsanız tedavinizin ilerlememesi ve herhangi bir gelişme kaydedilememesi doğaldır. Tedavini başarısı size verilen apareylerin gerektiği şekilde kullanılmasına bağlıdır.

Dişlerde, ortodontik tedavinin bitiminden hemen sonra pozisyonların değiştirme ve tedavinin başındaki ilk konumlarına geri dönme eğilimi söz konusudur. Bu nedenle aktif ortodontik tedavi biter bitmez "pekiştirme tedavisi"ne başlanmalıdır. Bu tedavide ya dişlerin iç tarafında sabit olarak bir tel yapıştırılır ya da hastanın takip çıkarabileceği bir pekiştirme aygıtı



**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
HAREKETLİ ORTODONTİK TEDAVİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER VE
YAŞANABİLEN OLUMSUZLUKLAR ONAM FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.32	ARALIK 2023	0	0	2 / 2

kullanılır. Sabit pekiştirme apareyleri aksi söylenmedikçe dişlerin arkasında süresiz olarak kalmaktadır. Takip çıkarılabilen pekiştirme aygıtının ise hekimin talimatlarına uygun olarak kullanılması tedavi sonucunun kalıcılığı açısından çok önemlidir. Pekiştirme tedavisinin eksik uygulanması sonucu bozulan dişler ve ilişkiler yeniden bir ortodontik tedavi isteyecek olursa tekrar ücretlendirilir.

Kimi kez, hareketli apareyler ile yapılan ortodontik tedavilerden sonra gerekli görülen durumlarda sabit ortodontik tedavilere geçilebilir. Böyle bir durum söz konusu olursa, zamanı geldiğinde sizlere tedavi hakkında yeniden açıklamalar yapılacak ve tedavi ücreti hakkında bilgi verilecektir.

HASTA ONAYI

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 ilgileyecek olan hemşirelerin yapacakları işlemleri ve tüm tıbbi müdahaleyi, gerektiğinde yatmayı, fakülte kurallarına uymayı kabul ediyorum ve istediğim halde ilgili prosedürlere uyarak 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 DERECESESİ:
İMZASI :
TARİH :...../...../..... SAAT :...../.....

ŞAHİTLİK EDENİN;

ADI SOYADI:
TELEFON NO:
ADRESİ:
İMZASI:
TARİH :...../...../..... SAAT...../.....

İŞLEMİ UYGULAYACAK HEKİMİN ONAYI;

*Hastanın Bilinci Kapalı *Hasta 18 Yaşından Küçük *Hastanın Karar Verme Yetkisi Yok *Acil Ameliyata Alınması Gereken Hasta

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.**

