



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
DIŞ DOLGUSU AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.RB.07	ARALIK 2023	0	0	1 / 3

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 etmektedir. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Diş dolgusu, çürümüş kırılmış dişlerin fonksiyonel ve estetik özelliklerini iade etmek için yapılan bir tedavi şeklidir.

İŞLEM YAPILACAK DIŞ/DİŞLER	
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

Bu işlem Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalında görevli hekimler ile uygulamada bulunan öğrenciler tarafından gerçekleştirilecektir.

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR

Diş dolgusu, çürümüş kırılmış dişlerin fonksiyonel ve estetik özelliklerini iade etmek için yapılan bir tedavi şeklidir.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Diş çürüğü ilerleyerek ağrı ve enfeksiyona neden olabilir ve kök kanal tedavisi veya diş çekime gerekebilir. Fonksiyon ve estetik kaybı durumunda protez yapılması gerekebilir.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Aşırı madde kaybı olan dişlerde kron veneer yapılabilir. Diğer tedavi seçeneği diş çekimidir. Bu durumda fonksiyon ve estetik kaybı olur. Protez yapılması gerekebilir.

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

Planlanan tedavi ve işlemler sırasında bir takım riskler ve komplikasyonlar meydana gelebilir. Bu riskler; tedavi süresince ağrı ve rahatsızlık hissi, şişlik, enfeksiyon, kanama, yandaki dişte ve yumuşak dokuda yaralanma, geçici veya kalıcı hissizlik ve alerjik reaksiyonlardır. Tedavi sırasında ağrı hissinin oluşmaması için ilgili bölge lokal anestezi ile uyandırılabilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir.

Dolgu maddeleri bazen dişin doğal rengi ile tamamen uyum sağlamayabilir. Aşırı madde kaybı olan dişlerde dolgunuzda kırık ya da düşme meydana gelebilir. Bunun önlenmesi için doğru diş kron veneer uygulaması gerekebilir.

Çürüğün sinire uzaklığına göre dolgudan sonra soğuk sıcak hassasiyeti olabilmektedir. Su içerken dahi ilk zamanlar aşırı hassaslık olabilir. Birkaç ay ya da daha kısa sürede bu şikayet azalabilir ya da azalmaz artabilir. Artarsa dolgunun altında çürük bırakılmasından değil; sinirin uyarıcı etkisiyle yorulmasından yozlaşmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumda kanal tedavisi yapılır. Her dolgu yapımından sonra az ya da çok kanal tedavisi ihtimali vardır.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: 10-45 dakika olabilir

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

(Bu alan doktorunuz tarafından hastalığınızın durumuna göre doldurulacaktır.) Kanama durdurucu ajanlar, antienflamatuvar ajanlar, dolgu materyali, gerekli durumlarda kullanılabilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir.



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DIŞ DOLGUSU AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.RB.07	ARALIK 2023	0	0	2 / 3

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinden taburcu olurken doktorunuz tarafından size reçete edilen ilaçları mutlaka aksatmadan kullanınız. Doktorunuzun aşağıda yazdığı önerilere uyunuz. Anestezi altında yapılan dolgulardan sonra uyuşukluk geçene kadar ilgili tarafla çignemeyiniz. 24 saat o tarafı kullanmayınız. Sıcak soğuk hassasiyetinin 3-4 hafta süreceğini biliniz.

GEREKTİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Fakültemizi arayarak ilgili bölüme ulaşabilirsiniz.

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 anestezi madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Anesteziden beklenenler: Anestezi 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 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.

Hasta/İmza:

Hekim/İmza:

HASTA ONAYI

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Yapılacak tedavi ve girişimlerin yararları ve yapılamadığı takdirde olabilecekler konusunda bilgilendirildim. Yukarıda açıklanan ifadelerle 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



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
DİŞ DOLGUSU AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.RB.07	ARALIK 2023	0	0	3 / 3

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:	
İMZASI :	
YAKINLIK DERECESESİ:	
TARİH :...../...../.....	SAAT :...../.....

ŞAHİTLİK EDENİN;	
ADI SOYADI:	
TELEFON NO:	
ADRESİ:	
İMZASI:	
TARİH :...../...../.....	SAAT...../.....

İŞLEMİ UYGULAYACAK HEKİMİN ONAYI;

Hastanın Bilinci Kapalı Hasta
Acil Ameliyata Alınması Gereken Hasta

18 Yaşından Küçük

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*

