



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
HAREKETLİ BÖLÜMLÜ VE TAM PROTEZLER ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.21	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 sağlığınıza 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 sağlığınıza 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.
- İstedığınız 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.

BİLMENİZ GEREKENLER

Hareketli Bölümlü protezler; bir veya birden çok dişin eksik olduğu durumlarda uygulanan, metal ve akrilik kaide kısımları bulunan, hastalar tarafından takılıp çıkarılabilen ve temizlikleri ağız dışında yapılan protez türüdür. Bu protezde tutuculuk dişlere uygulanan kroşeler (metal kancalar) veya hassas bağlantılar (gizli tutucular) yoluyla sağlanır.

Kroşeler özellikle ön dişlerde dışarıdan görülebilir ve estetik sorun oluşturabilir. Hassas bağlantılar dışarıdan görülmezler ancak uygulanabilmesi için diş ve ağız yapınızın uygun olması ve bir kısım dişlerinizin kesilerek kaplanması gerekmektedir. Ayrıca yapımı ve tamiri daha maliyetlidir.

Hareketli Tam Protezler; alt ve/veya üst çenesi tamamen dişsiz olan hastalara uygulanan protez türüdür. Bu protezlerde tutuculuk dokulardan sağlandığından, çene kemiğinin yapısı, kas fonksiyonları, dilin büyüklüğü ve konumuna bağlı olarak başarısı değişmektedir.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

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

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Protez sonrası meydana gelen sorunlarla ilgili olarak kabul edilebilir zaman dilimi içerisinde başvurmak hastanın sorumluluğundadır.



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
HAREKETLİ BÖLÜMLÜ VE TAM PROTEZLER ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.21	ARALIK 2023	0	0	2 / 4

- * Protezin metal parçalarının uygun pozisyonda yerleşebilmesi için doğal dişlerinizin yüzeyinde çeşitli aşındırma işlemleri uygulanabilmektedir.
 - *Protez sonrası vuruks, protezin metal parçalarında kopma, akrilik veya metal bölümlerinde kırılma, yapay dişlerin düşmesi, ve protezin kırılması,
 - *Doğal dişlerde ağrı, hassasiyet, hareketliliğinde artma, çürüme, kemik kaybı, kırılma veya aşınmalar görülebilir.
 - *Destek dişlerde meydana gelen sorunlar sonucu ilave tedaviler veya çekim gerekebilir.
 - *Yemek yerken gıdaların yeterince çiğnenememesi, protezin altına yemek artıklarının kaçması, protezlerle doğal dişler arasına yemek artıklarının sıkışması görülebilir.
 - *Proteizde kullanılan materyallere karşı bazı hastalarda alerjik belirtiler görülebilir.
 - *Kullanıma ve zamana bağlı olarak protezin tutuculuğu azalabilir.
 - “Hassas tutuculu protezlerde 6 -12 ayda bir protezdeki mevcutsa lastiklerin ek ücret karşılığında değiştirilmesi ile tutuculuk arttırılabilir.
 - *Oral sağlık ve fonksiyon açısından protezlerin 2-4 yılda bir yenilenmesi tavsiye edilmektedir.
- Meydana gelen sorunların bir kısmı hekiminiz tarafından giderilebilecek sorunlardır. Ancak sorunların giderilmesi için gerekli masraf hasta tarafından karşılanır.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ.

Fazla sayıda diş eksikliği olan veya tamamen dişsiz olan hastalar, kemik yapılarının, sistemik ve ekonomik durumlarının yeterli olması durumunda implant uygulamaları ile sabit protezlerle rehabilite edilebilmektedirler. Lütfen doktorunuzdan bilgi isteyiniz.

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

- *Anatomik ölçü: İlk ölçü, kişiye özel kaşık hazırlanması aşamasıdır.
- *Fonksiyonel ölçü: son ölçü, üzerinde protezlerin üretileceği ölçüdür.
- *Dikey boyut tespiti: Çenelerin karşılıklı ilişkisinin kaydedilmesidir.
- *Dişli prova: Alt ve üst çenedeki dişlerin karşılıklı ilişkisinin estetikle birlikte değerlendirilmesidir.

Teslim: Protezlerin uyumlandırılmasının yapılması ve hastaya teslim edilmesidir.

- *Kontroller: Vuruks kontrolünün ve okluzal uyumlandırmaların yapıldığı aşamalarıdır.

Ölçü veya laboratuvar işlemlerindeki problemlerden dolayı seansların tekrarlanması gerekebilir ve tedavi süresi uzayabilir.

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.



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
HAREKETLİ BÖLÜMLÜ VE TAM PROTEZLER ONAM (RIZA) FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.21	ARALIK 2023	0	0	3 / 4

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.

İŞLEMEN 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.

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 ifadelerle dayanarak;



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
HAREKETLİ BÖLÜMLÜ VE TAM PROTEZLER ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.21	ARALIK 2023	0	0	4 / 4

İŞLEMLERİN YAPILMASINI KABUL EDEREK hekim taburcu edene kadar ilgilecek olan hemşirelerin yapacakları işlemleri ve tüm tıbbi müdahaleyi, gerektiğinde yatmayı, fakülte kurallarına uymayı kabul ediyor 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 DERECESESİ:

İMZASI :

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

ŞAHİTLİK EDENİN;

ADI SOYADI:

TELEFON NO:

ADRESİ:

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

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 İşaretlendi ise Şahitlik eden kısmı doldurulmalıdır**