



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ KANAL TEDAVİSİ ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.04	ARALIK 2023	0	0	1 / 5

Hasta Bilgileri;
Adı Soyadı
Dosya No
Doğum Tarihi

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.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem:

TESHİS:	TEDAVİ UYGULANACAK DİS:	PLANLANAN TEDAVİ:
	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	

TETKİKLER

RADYOGRAFİ ÇEKİMİ

Uygulanacak

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenmesi için sizden röntgen çekilmesi gerekebilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır.

TEDAVİ VE İŞLEMLER

LOKAL ANESTEZİ

KANAL TEDAVİSİ:

Uygulanacak

Derin çürükler, önceden olan dolgular veya kronlar altında tekrar eden çürükler, dişlere dolgu ve kron yapılması sonrasında hastanın şikayetlerinin geçmemesi, travma sonucunda dişlerde oluşan kron/kök kırıkları hastanın çiğneme alışkanlıkları ve diş gıcırdatma gibi fonksiyon dışı hareketler sonucunda diş pulparlarının (canlı dokusu) hasar görmesi, ilerlemiş dişeti hastalıkları veya dişeti operasyonları sonrasında pupa hasarı pulpanın canlılığını kaybettiğinin belirlenmesi kanal tedavisinin gerektiği durumlardandır. Çürüğün sinire kadar ulaşması ya da travma sonucunda kırılan dişte açığa çıkan sinir dokusunun köklerdeki siniri de kapsayarak çıkarılması ve yapay maddelerle dişin doldurulması işlemidir. İşlem sonucunda ısırma ağrı duyulabilir. Bu durum geçici bir durumdur. Süresi kişiden kişiye değişebilir.

Endodontik tedavi dişin durumuna bağlı olarak birkaç seans sürebileceğinden, ara seanslarda kullanılan geçici dolgu maddesinin düşmesi veya dişin kırılması söz konusu olabilir. Bu gibi durumlarda hekim bilgilendirilmeli ve acil randevu talep edilmelidir. Kliniğimizde yapılan her türlü işlem sonrası hekim önerilerine kesinlikle uyulmalı, verilen randevulara düzenli gelinmelidir.

DOLGU

Uygulanacak

Çürük veya kırık nedeniyle ortaya çıkan diş dokusu kayıplarının dolgu materyalleri ile yerine konarak diş sağlığının ve bütünlüğünün geri kazandırılmasıdır

Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.

Hizmetlerimizle ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikayetleriniz için; hasta iletişim birimine başvurabilir, fakültemizde bulunan öneri ve dilek kutularına atabilir, Web sitemizden bize iletebilir, SABİM-BİMER kanalıyla başvurur yapabilirsiniz.



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ KANAL TEDAVİSİ ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.04	ARALIK 2023	0	0	2 / 5

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

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

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR

Ağrı şikâyetlerini giderir
Çürümeyi durdurarak olası diş çekimini önler
Çiğneme fonksiyonunu kazandırmak
Mevcut estetik görünümün artırılması
Enfeksiyonun yayılımını engellemek

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Fonksiyon kaybı
Estetik bozukluk
Ağız kokusu görülür
Diş kaybı
Mevcut ağrı ve şikâyetlerinin devam etmesi,
Tedavi edilemez duruma gelindiğinde dişin çekilmesi,
Çekilen dişin yerine protez yapılmasının gerekmesi
Enfeksiyonun yayılması

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Diş çekimi

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

Kanal tedavisi sırasında ve sonrasında dişin durumuna göre bazı komplikasyonlar oluşabilir. Bunlar:

- * Diş çürüğü temizlenirken veya kanal tedavisi sırasında dişte perforasyon
- * Kanal aletinin kanal içerisinde veya dışında kırılması,
- * Kanal aletinin yutulması veya soluk borusuna kaçması
- * Kanal dolgu maddesinin ve yıkama solüsyonlarının dişin kök ucundan taşması sonucu;
Üst çene burun boşluğuna (maxiller sinüs) taşarsa maksiller sinüste hasarlara
Alt çene sinir kanalına (mandibular ve mental sinirlere) taşarsa; dudakta uzun süren uyuşukluk hissi gibi sinir hasarları meydana gelmesi
- * Kanal yıkama solüsyonlarının çevre dokulara ve ağız içine teması nedeniyle ağız içinde yanma, kızarıkların oluşması veya kalıcı hasarlar oluşması riski
- * Kanal tedavisi seansları arasında veya sonrasında; ağrı ve yüzde veya ağız içinde şişlik oluşması, dişin çekimini gerektirecek kırıklar oluşması,
- * Kanal tedavisi seanslarının uzun sürmesi sonucu eklemde ağrı ve/veya çene eklemının çıkması
- * Döner aletlerle çalışılması sırasında hastanın ani hareket yapmasıyla dil, dudak ve yanak yaralanmaları
- * Kanal dolgu yapım işleminden sonra bir süre ağrı, yemek yeme sırasında ve ısı değişikliklerinde hassasiyet
- * Kanal tedavisi bittikten sonra, başarısız olması durumunda; kanal tedavisinin yenilenmesi, kök ucu cerrahisi ve nihayetinde diş çekimi gerekmesi

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Kanal Tedavisi, tek seans ortalama 1 saattir. İşlemin kaç seans olacağına dişinizin durumuna göre (dişteki enfeksiyon) diş hekiminiz karar verecektir. Her bir seansın arası ise minimum 2-3 gündür. Dolgu işlemi için tahmini süre 30-40 dak. dır.



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ KANAL TEDAVİSİ ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.04	ARALIK 2023	0	0	3 / 5

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

Antibiyotik analjezik ve diğer local anestezi ilaçlarına bağlı olarak kızarıklık dokuda şişlik, kaşıntı, bulantı ve çok nadir de olsa anafilaktik şok gibi yan etkileri oluşabilir. (Bu alan doktorunuz tarafından hastalığınızın durumuna göre doldurulacaktır.)

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:

Varsa anestezinin (uyuşukluk) etkisi geçtikten sonra yemek yenilebilir.

Tedaviden sonra dişte bir süre daha hafif hassasiyet olabilir.

Ağrı kesici kullanılması gerekebilir.

Dişte belirtilerin yeniden oluşması veya devam etmesi, şişlik oluşması, dolgunun kırılması gibi durumlarda hasta kliniğimize tekrar başvurmalıdır.

Hekim gerekli görürse kontrol seanslarına çağırabilir.

GEREKTİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Fakültemizi arayarak ilgili bölüme ulaşabilirsiniz. üst restorasyonu tamamlanmadan sert besinleri çiğnemekten kaçınılmalıdır.

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.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

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

İŞLEM DEN 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.

EĞİTİME KATKIYA ONAY

1. Bu işlemin eğitimde eğitsel rolü olabileceğinden eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ KANAL TEDAVİSİ ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.04	ARALIK 2023	0	0	4 / 5

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 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 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 DERESESİ:

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:

Hekim 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.**



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KANAL TEDAVİSİ ONAM FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.04	ARALIK 2023	0	0	5 / 5