



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
APİKAL REZEKSİYON ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.03	ARALIK 2023	0	0	1 / 4

**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 anlamadığımız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

**BİLMENİZ GEREKENLER**

Tanı ve İşlem: Lokal anesteziyi takiben dişinizin enfeksiyonuna bağlı olarak kök ucunda gelişen lezyon cerrahi olarak temizlenecek ve kök ucundaki enfeksiyonlu bölge çıkartılacaktır. İşlem sırasında kök ucuna iyileşmeye yardımcı bazı materyaller yerleştirilebilir. (Materyaller ücrete tabi olabilir.)

**İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?**

Bu işlem Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisinde görevli hekimler ile uygulamada bulunan öğrenciler tarafından gerçekleştirilecektir.

**İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

- Enfeksiyonun giderilmesi.
- Ağrı, şişlik vb. diğer bulguların giderilmesi.
- Hastanın kendi dişinin ağızda kalması.

**İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

- Ağrı, şişlik ve diğer bulguların devam etmesi.
- Enfeksiyonun devam etmesi.
- Dişin çekilmesi.
- Çene kemiğinde kayıp.

**VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

- Dişin çekimi.

**İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI**

Eğer işlem lokal,bölgesel veya infiltratif anestezi ile gerçekleştirilecek ise uygulamalar esnasında ve sonrasında çıkabilecek sorunlar şunlardır;

**Tansiyon ve nabız düşmesi:** İşlem sırasında veya sonrasında hasta şuurunu kaybedip, bayılmaya kadar gidebilir.

**Sinirsel komplikasyonlar:** Anestezi sonrası geçici ve kalıcı sinirsel harlar (tamamen hissizlik, aşırı hislilik)nadiren de olsa ortaya çıkabilir.

**Müteakip Anestezi Uygulamaları:** Kişiden kişiye değişen anatomik farklılıklar, uygulanan işlem süresinin uzunluğu, hastanın ağrı eşliğinin düşük olması ve işlemden ağrı duyduğunu belirtmesi gibi nedenler ile anestezi tekrarlanabilir. Uygulama sayısı hastanın sistemik durumu izin verecek ölçüde planlanır.

**Alerjik Reaksiyonlar:** Anestezik solüsyonun kişinin vücudunda yarattığı yabancı reaksiyona bağlı olarak ciltte döküntüler, kızarıklıklar ve kaşıntı gibi hafif reaksiyonlar görülebileceği gibi nefes darlığı, nabız düşmesi, tansiyon düşmesi, nefes alma kalp atım işleminin durmasına kadar varabilecek ciddi etkiler görülebilir. Bunlar anestezi uygulanır uygulanmaz görülebileceği gibi işlemden saatler sonrası da ortaya çıkabilir.

**Ağrı:** Anestezi sırasında ve sonrasında bölgede anesteziye bağlı ağrı hissedebilirsiniz. Ayrıca işlem sırasında ve sonrasında baş ağrısı gözükülebilir.

**Bulantı-Kusma:** İşlem sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda hekim ve ilgili sağlık ekibince gerekli müdahale yapılabilir.

**Enfeksiyon:** Her enjeksiyon bir kere kullanılan enjektörler ile yapılmaktadır. Bunun dışında bölgenin dezenfeksiyonu işlem sonrasında oluşabilecek enfeksiyon kontrolü sağlamaktadır.

**Kasları İlgilendiren Komplikasyonlar:** Anestezi sonrası uygulama bölgesi ile alakalı olarak kas tutulmasına bağlı hareket kısıtlılığı, buna bağlı ağız hareketlerinde azalma görülebilir.



## NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ APİKAL REZEKSİYON ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.03	ARALIK 2023	0	0	2 / 4

**Hastanın Kendine Verebileceği Zarar:**Diş çekimi veya işlemin sona ermesinin ardından anestezinin etkisinin bir süre daha devam etmesi nedeniyle hasta kendi kendine ısırılmaya bağlı olarak zarar verebilir.

Hastanın anestezisi sırasında ani hareket etmesi nedeniyle lokalanestezik iğnenin kırılması veya anestezinin yanlış yere uygulanması söz konusu olabilir.

Özellikle posterior dişlerin çekimi sırasında yüzde birkaç saat sürebilen bu bölgedeki damarların daralmasına bağlı renk değişiklikleri gözlemlenebilir.

### İŞLEM SIRASINDA OLUŞABİLECEK KOMPLİKASYONLAR:

- Ağrı, şişlik, enfeksiyonun yayılması - Dişlerde ve çevre dokularda his kaybı
- Komşu dişte harabiyet, diş/dişlerin kırılması -Dişin veya kırık parçanın değişik anatomik lokalizasyonlara iletilmesi
- Diş eti ve mukoza yaralanmalar
- Aşırı kanama.
- Alveoler kemiğin kırılması, çenenin çıkması/kırılması
- Solunum yoluna diş veya yabancı cisim kaçması
- Sinirlerin geçici/kalıcı zarar görmesi
- Sinüsün perfore olması
- Çene eklemine travmaya uğraması
- Çene açmada kısıtlılık
- Çenede,ağız kenarlarında ezikler ve morluklar
- Kullanılacak materyallere karşı gelişen alerjik reaksiyonlar

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:** 30-60 dakika

### KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

Rutin olarak kullanılan lokal anestezik maddeler, kanama durdurucu materyaller, retrograd dolgu materyalleri kullanılacaktır. Bu materyallere karşı alerjik reaksiyonlar görülebilir.

### 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.

- Ağzınıza yerleştirilen tamponu 30 dakika boyunca atmayınız
- İşlem sonrası anestezinin etkisi geçene kadar bir şey yiyip içmeyiniz (2-3 saat)
- 24 saat boyunca emme, tükürme, çalkalama gibi hareketlerden kaçınınız
- İşlem sonrası ilgili bölgeye anlatılan şekilde buz uygulaması yapınız.
- Ağız hijyeninize dikkat ediniz, yara bakımını aksatmayınız.
- Bir hafta sonra dikişlerinizi aldirmaya geliniz.
- Ani şişlik, kızarıklık vb. durumlarda doktorunuza başvurunuz.

### GEREKTİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Fakültemizi arayarak ilgili bölüme ulaşabilirsiniz.

### LOKAL ANESTEZİ AYDINLATMA ONAM METNİ

#### BİLMENİZ GEREKENLER

**Tanı ve İşlem:** Lokal anestezisi 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.

#### İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
APİKAL REZEKSİYON ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.03	ARALIK 2023	0	0	3 / 4

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 yanık gibi yaralar 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 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...../.....



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**APİKAL REZEKSİYON ONAM FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.03	ARALIK 2023	0	0	4 / 4

**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.*

