



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
GÖRÜNTÜLEME (RÖNTGEN) ONAM
(RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.30	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/hasta yasal temsilcisi;

Radyolojik muayenede amaç ağız, yüz ve çene bölgesindeki gözle görülmeyen patolojilerin teşhis edilmesidir. Diş, çene ve yüz bölgenizden istenecek görüntüleme tetkikleri genel ya da ağız sağlığını etkileyecek durumların tanısı, tedavi planlaması ve tedavi aşamalarının takibi için gereklidir. Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında dişlerin ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için radyograf çekilmesi gerekebilir. İstenecek radyolojik tetkiki ve adedini hekiminiz belirler. Radyolojik tetkiklerde radyasyonun olası zararlarından korunmak için kurşun tiroid koruyucu ve/veya kurşun önlük giydirilerek çekim yapılır. Kliniğimizde x-ışını kullanılarak **dijital, periapikal, okluzal, ısırma, panoramik, sefalometrik, çene eklemi, kafa röntgenleri ve konik ışınli dental volümetrik tomografi, dental ultrasonografi** çekilmektedir. Röntgen çekimi öncesi hasta ağız içindeki çıkarılabilen protezler (takma dişleri) ile baş ve boyun bölgesinde bulunan (kolye, küpe, toka, iğne, gözlük, piercing, işitme cihazı vb. gibi) metal içeren tüm eşyaları çıkarmalıdır. Baş boyun bölgesinde yer alan radyografinin görüntü kalitesini olumsuz etkileyecek eşyaların unutulması durumunda röntgen tetkikinin tekrar edilmesi gerekebilir.

Çekilen radyograflarda gözle yapılan muayenede fark edilemeyen çürük alanlarının (örneğin dişler arasındaki çürüklerin) ve mevcut olan dolguların altında gelişen çürük ve/veya diğer patolojik durumların görülmesini sağlar. Dişeti hastalığı nedeniyle oluşan kemik kaybı hakkında bilgi verir. Kök kanalındaki ve/veya kök ucundaki sorunların görüntülenmesini sağlar. İmplant hazırlığı ve yerleştirilmesinde, ortodontik tedavinin başında ve süresince yararlı ve gereklidir. Kist, ağız kanserleri, metabolik ve sistemik hastalıklarla birlikte oluşan değişikliklerin saptanması da mümkündür. Yapılan tedavilerin kontrolünde görünebilirlik sağlar. Çocukların ağızındaki diş gelişimi ve büyümeleri hakkında bilgi verir.

Fakültemize hastamız ilk defa geliyorsa ağız, diş ve çevre dokularını genel değerlendirme için **panoramik radyograf** tüm hastalarımızdan çekilmektedir. Gerekli görüldüğünde daha detaylı görüntü elde edebilmek için şikayet bölgesinden ağız içi röntgenler alınabilir.

Diş hekimliğinde kullanılan röntgen makinelerinde radyasyon çok düşük seviyede olmasına rağmen hamilelerde röntgen çekiminden kaçınılmalıdır. Zorunluluk yoksa bu işlem doğum sonrasına ertelenmelidir. Hamile ya da hamilelik şüphesi bulunan hastaların mutlaka bu durumlarını, ilgili diş hekimine ve röntgen teknisyenine bildirmeleri gereklidir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen çekilmez. Diş hekimliği radyolojisinde x-ışınları yalnızca baş ve boyun bölgesine yönlendirildiğinden, tüm ağız radyografilerinin (14 adet ağız içi film) alınması durumunda bile, fetüsün alacağı doz, doğal radyasyon kaynaklarından alınan dozdan dahi çok daha düşük düzeydedir. Olası zararları önlemek için kurşun içerikli malzemenen yapılmış koruyucular hastaya giydirilerek çekim yapılır.

Radyograf çekiminden beklenenler: Gözle görülmeyen dokulardaki patolojilerin belirlenmesi. **Radyograf çekimi yapılmazsa:** Şikayete neden olan patolojiler doğru olarak belirlenemeyebilir. Bu durumda tam bir teşhis konulamayacağı ve bu durumdan ilgili hekimi sorumlu tutulamayacağı konusunda bilgilendirilmektesiniz. Tedavi sonrası kontrol radyografileri alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez. **Olası riskler:** Radyografi çekimi sırasında hastanın bulantı refleksi tetiklenerek bulantı ve kusma oluşabilir. İşlem sırasında hareketsiz kalınması gerektiğinden, hareket edilirse röntgenin teşhise yardımcı niteliğini yitirmesi ve tekrar çekilmesi durumu söz konusudur. Tiroid, göğüs ve akciğer hastalıkları, kanser hastaları ve bağışıklık sistemi düşük olan hastalar gibi riskli hasta gruplarında hastalığın seyrinin olumsuz etkilenmemesi için kurşun koruyucularla radyograf çekimi gerçekleştirilir. **İşlemin alternatifi:** Yok. **İşlem süresi:** Hasta yoğunluğuna bağlı olarak 5-30 dk.

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Bölümü'nde hastanın detaylı ağız içi, ağız dışı ve radyografik muayeneleri ve tedavi planlamaları **uzmanlık öğrencisi, öğretim üyeleri** veya bir eğitim kurumu olan bu sağlık kuruluşunda yukarıda belirtilen öğretim üyeleri nezaretinde **diş hekimliği öğrencileri** tarafından yapılmaktadır. Yine hastaların radyolojik görüntüleme işlemleri **radyoloji teknisyenleri, uzmanlık öğrencisi** ve öğretim üyeleri nezaretinde **diş hekimliği öğrencileri** tarafından yapılır.



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
GÖRÜNTÜLEME (RÖNTGEN) ONAM
(RIZA) FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.30	ARALIK 2023	0	0	2 / 2

ONAY

YUKARIDA YAZILANLARI OKUDUĞUMU, DIŞ HEKİMİME, DIŞ HEKİMLİĞİ ÖĞRENCİLERİNE VE RADYOLOJİ TEKNİSYENİNE GENEL DURUMUMLA İLGİLİ DOĞRU BİLGİLER VERDİĞİMİ, OLASI GEBELİK VEYA GEBELİK ŞÜPHEŞİ DURUMUNU BİLDİRDİĞİMİ BUNLARI GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURARAK TETKİKİ DURDURMA VE RED ETME HAKKIM OLDUĞUNU BİLEREK UYGULANACAK RÖNTGEN TETKİKİNİ VE MUAYENE İŞLEMİNİ KABUL EDİYOR VE ONAYLIYORUM. RADYOGRAFİ ALINMASINI KABUL ETMEME DURUMDA TAM BİR TEŞHİS KONULAMAYACAĞINI, BU DURUMDAN DIŞ HEKİMLERİNİ, DIŞ HEKİMLİĞİ ÖĞRENCİLERİNİ VE DİĞER HASTANE ÇALIŞANLARINI SORUMLU TUTMAYACAĞIMI ANLIYOR VE KABUL EDİYORUM. AYRICA EĞİTİM VE BİLİMSEL AMAÇLI FOTOĞRAF VE VIDEO GÖRÜNTÜLERİNİN ALINMASINA İZİN VERİYORUM.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere isimli kişiyi yetkili kılıyorum (Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın yakını / yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

Hasta el yazısı ile (okudum, anladım, kabul ediyorum) yazınız.

Hasta İmza Tarih / Saat
Adı-Soyadı (el yazısı ile)

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın yakını / yasal temsilcisi İmza Tarih / Saat
Adı-Soyadı (el yazısı ile)

Hastanın onay verememe nedeni (Hekim dolduracak):

.....
Yukarıda ismi yazılı hasta / hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan tedavi işlemi, bu tedavinin nedeni ve faydaları, işlem sonrası gereken bakım, beklenen riskler, işlem için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta / hasta yakını, yapılacak işleme yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Hekimin İmza Tarih / Saat
Adı-Soyadı :

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise ;

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın İmza Tarih / Saat
Adı Soyadı (el yazısı ile) :