



# NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ RETREATMENT ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.06	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 anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

## BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem:

## TETKİKLER

## RADYOGRAFI ÇEKİMİ

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi 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

## KANAL TEDAVİSİNİN YENİLENMESİ (RETREATMENT) Uygulanacak

Önceki kök kanal tedavisinin başarısız olduğuna karar verildiğinde kanal dolgusunun sökülüp yeniden yapılmasına 'retreatment' denir. Retreatment genellikle daha önce yapılan tedavinin başarısız olduğunu gösteren belirgin işaretler ve semptomlar var ise yapılır. Kök kanal tedavisinin değerlendirilmesi sonucunda ilgili dişte klinik incelemede ağrı, perküsyonda (aletle vurmada) ve palpasyonda (elle muayene) hassasiyet, ağız içi, ağız dışı şişlik veya akıntı yolu (fistül) gibi klinik belirtiler ve yeni periapikal lezyon oluşumu, lamina durada genişleme gibi radyolojik değişiklikler mevcutsa kök kanal tedavisinin yenilenmesi gerekebilir. Retreatment kanal şeklinin revizyonu, kök kanal dolgu materyallerinin çıkartılması, kanalın tekrardan temizlenip ve doldurulması olarak ifade edilmektedir. Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker hastalığı, tansiyon vb. ), bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi), varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir. Sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda veya bir hastalığa bağlı olarak kullandığınız herhangi bir ilacın yapılacak olan tedaviyi engellemesi ya da olumsuz olarak etkilemesi durumunda sizden ilgili hastalık ve ilaç kullanımı için ilgili doktorunuzdan konsültasyon istenebilir. Diş tedaviniz sürerken, ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir.

## DOLGU

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.

## İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

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



# NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ RETREATMENT ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.06	ARALIK 2023	0	0	2 / 4

## İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR

Şikayetlerin ortadan kaldırılarak diş bütünlüğünün korunması, dişin işlevlerinin devam ettirilebilmesi Estetiğin ve çiğneme fonksiyonunun yeniden kazanılması  
Dişlerin erken kaybının engellenmesi  
Fokal enfeksiyon odağı oluşturacağı düşünülen dişlerin tedavi edilerek sistemik zararların engellenmesi Klinik ve radyolojik belirtilerin giderilmesi

## İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Mevcut şikayetleriniz devam edebilir.  
Lezyon (kemik yıkımının) ilerlemesi devam edebilir, diş çene kemiği içinde hareketli hale gelebilir. Tedavi edilemez duruma gelindiğinde dişiniz çekilebilir.

## VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Kök ucu cerrahisi  
Dişin çekimi

## İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

Tedavisi sırasında dişte delinme (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 boşluğunda hasarlar ve dudakta uzun süren uyuşukluk hissi gibi sinir hasarları meydana gelmesi  
Kanal yıkama solüsyonlarının çevre dokulara ve ağız içine teması nedeniyle ağız içinde yanma, kızarıklıkların 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, Kullanılan malzemelere karşı alerji,  
Vücudun savunma mekanizması, kök kanalı ve periapikal dokulardaki mikroorganizmaların varlığı gibi sebeplerden dolayı ilgili dişteki belirtilerin tekrar etmesi. Buna bağlı olarak kök kanal tedavisinin yenilenmesi veya cerrahi işlemin gerekebilmesi

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:** Kanal tedavisinin yenilenmesi, tek seans ortalama 1 saattir. Bu süre dişinizin anatomisi, önceki kanal tedavinizin durumu gibi faktörlere bağlı olarak uzayabilmektedir. İşlemin kaç seans olacağına dişinizin durumuna göre ( dişteki enfeksiyon ) diş hekiminiz karar verecektir. Her bir seansın arası ise minimum 2-3 gündür.

## KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

(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 çağrabilir.

## GEREKTEĞİNDE 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.



# NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

## RETREATMENT ONAM FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.06	ARALIK 2023	0	0	3 / 4

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.

### İŞLEM DEN 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 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 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.



**NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**RETREATMENT ONAM FORMU**

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.06	ARALIK 2023	0	0	4 / 4

**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  
Acil Ameliyata Alınması Gereken Hasta

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.**

