

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.21
		YAYIN TARİHİ	25.10.2017
		REVİZYON NO	01
	PEDODONTİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019
		SAYFA NO	1/2

## YER TUTUCU, ÇOCUK PROTEZİ VE PASLANMAZ ÇELİK KURON HASTA VE AİLE BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

**Sayın Veli/Vasi** lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz.

Çocuk diş hekimliğinde tedavi edilecek hastaların veli/vasisinin çocuğun genel sağlık durumu (alerji, geçirilmiş bulaşıcı hastalık, devam eden tedaviler, kullanılmış/kullanılmakta olan ilaçlar, geçirilmiş ameliyatlara vb.) hakkında hekime bilgi vermesi zorunludur. Bu bilgiler ışığında hekimin gerekli görmesi halinde ilgili hastalık/ilaç kullanımı ile ilgili gerekli branş doktorlarından görüş alınması gerekebilir. Çocuk ile hekim arasındaki iletişimin sağlıklı bir şekilde kurulabilmesi için velilerin bekleme salonuna davet edilmesi gerekmektedir. Hekim gerekli gördüğü durumlarda veliyi tekrar çağırabilir. Yapılan tedavilerin başarısında hasta ve velilerin hekim ile iş birliği içinde ve uyumlu olmalarının etkisi büyüktür. Hastanın tedavisi sürerken, ilk muayenesi sırasında belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedaviler gerekebilir. Değişiklik söz konusu olduğunda tarafımızdan bilgilendirileceksiniz.

### 1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI:

Çocuk diş hekimliği adına gerçekleştirilen işlemler öğretim üyesi, asistan hekim ve öğretim üyesi nezaretinde stajyer diş hekimleri tarafından çocuk diş hekimliği kliniği içerisinde yapılacaktır.

### 2.HASTALIĞIN MUHTEMEL SEBEPLERİ VE NASIL SEYREDECEĞİ VE İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR:

Çürükler dişlerin harabiyetine sebep olmaktadır ve tedavi edilmediği takdirde ağrı ve abse ile sonuçlanmaktadır. Diş hekimi dişin çürük ve zayıflamış kısımlarının uzaklaştırılmasının ardından amalgam veya diş rengindeki dolgu maddeleriyle dişe dolgu yapmaktadır. Dişin dolgu veya kanal tedavisi uygulanarak ağızda tutulmadığı, çekiminin gerektiği durumlarda hekim gerekli gördüğünde ilgili çekim boşluğunun korunması, fonksiyon ve estetiğin geçici olarak temin edilmesi amacıyla yer tutucu yapılabilir.

### 3.YER TUTUCU VE ÇOCUK PROTEZİ:

Vaktinden önce, erken yaşta diş/dişlerin kaybedilmesi sonucu, hastanın estetiğinin, çiğneme ve konuşma işlevlerinin geri kazandırılması amacıyla ölçü alınarak yer tutucu ve diş protezleri yapılmaktadır. İşlem ağrılı olmadığı için anestezi gerektirmemektedir. Yapılacak yer tutucu ile çekim boşluklarının kapanması engellenmekte, böylece alttan gelecek daimi dişlerin sürmesi için gerekecek bu boşluklar korunmaktadır. Ayrıca uygun görülürse bu boşluklara suni dişler yerleştirilerek çocuğun daha iyi çiğnemesi sağlanmakta, bunun yanında estetiği de düzeltilmektedir. Yer tutucunun yapılmaması durumunda çekim boşlukları, komşu dişlerin bu bölgeye kayması ile kapanmakta, sonuçta sürmekte olan dişler kendilerine yer bulamamakta ve ileride çapraşıklıklara neden olmaktadır. Bu gibi durumlarda gelecekte ortodontik tedavi ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Yapılacak tedavilerin başarısı hasta uyumu ile direkt ilişkilidir. Yapılan tedavilerin üç ayda bir kontrolü gereklidir.

### 4.PASLANMAZ ÇELİK KURON:

Çürük nedeniyle aşırı derecede harap olmuş dişlerde mevcut dolgu maddelerine ilaveten paslanmaz çelik kuronlar uygulanabilir. Böylece diş kırılmaya karşı korunmuş olur. Paslanmaz çelik kuron uygulaması ile dişler yeniden fonksiyon görmekte ve çiğneme basınçlarına karşı daha dayanıklı hale gelmektedir. Özellikle amputasyon ve kanal tedavisi yapılmış süt dişlerinin dolgu maddeleri yerine paslanmaz çelik kuron ile tedavileri dişin ağızda kalış süresini uzatmaktadır. Paslanmaz çelik kuronlar özellikle sızıntıyı engelledikleri ve dişi kırılmalara karşı korudukları için genellikle yüksek başarı oranlarına sahiptirler.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.21
		YAYIN TARİHİ	25.10.2017
	REVİZYON NO	01	
	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019	
	PEDODONTİ ANABİLİM DALI	SAYFA NO	2/2

## YER TUTUCU, ÇOCUK PROTEZİ VE PASLANMAZ ÇELİK KURON HASTA VE AİLE BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

Yapılacak tedavilerin başarısı hasta uyumu ile direkt ilişkilidir. Yapılan tedavilerin üç ayda bir kontrolü gereklidir.

### 5.GENEL RİSKLER VE KOMPLİKASYONLAR:

Çocuk hasta diş tedavisi sürecinde kafasını, el/ayaklarını hareket ettirerek diş tedavisinin güvenli şekilde yapılmasını engelleyebilir. Bu durumda ağız içindeki yumuşak dokular(dudak, yanak, dil) yaralanabilir. Bu davranışlar gözlemlendiğinde diş hekimlerinin ve yardımcılarının hastanın ellerini tutması, kafayı sabitlemesi veya bacak hareketlerini engellemesi gerekebilir. Ayrıca diş hekimi, çocuğun kendisini bir otorite olarak görmesini sağlamak ve tedaviyi kolaylaştırmak amacıyla değişik ses tonlamaları kullanabilir. Yer tutucu yapımı esnasında öncelikle uygun kaşıklar kullanılarak çocuğun ağızından ölçü alınmaktadır. Bu ölçü alımı esnasında nadir de olsa çocuklarda kusma refleksi ortaya çıkmakta ancak bu durumda çocuklar çeşitli yönlendirmelerle rahatlatılmaktadır. Çok düşük oranda da olsa kullanılan materyale karşı hastada alerjik reaksiyon gelişebilir.

### 6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Çocuk diş hekimliği uygulamaları çok farklı işlemleri içerdiğinden, işleme ve dişlerin durumuna bağlı olarak süreler değişmektedir. Ancak ortalama işlem süresi 30-60 dakikadır.

### 7.ALTERNATİFLER:

Gerekli olduğu halde yer tutucu yapılmadığında çocuğun ilerleyen dönemlerde daimi dişlerinde çapraşıklık görülmesi veya daimi dişlerin sürememesi söz konusu olabilir. Bu durum ancak daha detaylı ortodontik uygulamalar ile düzeltilebilir.

### 8.KULLANILAN İLAÇLAR:

Yer tutucu uygulaması sırasında dişlerin ölçüsünün alınması gerekmektedir.Bu ölçü alımı esnasında nadir de olsa çocuklarda kusma refleksi ortaya çıkmakta ancak bu durumda çocuklar çeşitli yönlendirmelerle rahatlatılmaktadır. Çok düşük oranda da olsa kullanılan materyale karşı hastada alerjik reaksiyon gelişebilir.

### 9.TEDAVİ OLMAZSANIZ:

Gerekli olduğu halde yer tutucu yapılmadığında çocuğun ilerleyen dönemlerde daimi dişlerinde çapraşıklık görülmesi veya daimi dişlerin sürememesi söz konusu olabilir. Bu durum ancak daha detaylı ortodontik uygulamalar ile düzeltilebilir.

### 10.KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ:

Ölçü alma işlemi sırasında nadir de olsa çocuklarda kusma refleksi ortaya çıkabilir. Bu durumda çocuklar çeşitli yönlendirmelerle rahatlatılmaktadır. Çok düşük oranda da olsa kullanılan materyale karşı hastada alerjik reaksiyon gelişebilir.

### 11.GEREKTİĞİNDE TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ:

Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.21
		YAYIN TARİHİ	25.10.2017
		REVİZYON NO	01
	PEDODONTİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019
		SAYFA NO	3/2

## YER TUTUCU, ÇOCUK PROTEZİ VE PASLANMAZ ÇELİK KURON HASTA VE AİLE BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

### HASTA VELİ/VASİSİNİN TEDAVİ İÇİN ONAMI

Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum, anladım ve komplikasyonları hakkında bilgi edindim. Velisi/vasisi olduğum çocuğun genel sağlık durumuyla ilgili sorulan sorularda hiçbir eksik bilgi bırakmadım. TEDAVİYİ REDDETME ve SONLANDIRMA HAKKIM OLDUĞUNU BİLİYORUM. (Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki noktalı alana kendi el yazınızla TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM şeklinde yazarak imzalayınız). Velisi/vasisi olduğum çocuğun tedavilerinin uygulanması sırasında ya da sonrasında olabilecek tüm komplikasyonların bilincinde ve benim sorumluluğumda olduğunu kabul ediyorum. Çocuğuma/yakınıma uygulanacak materyaller ve tedavilerinin Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı kliniğinde; asistan, Uzm. Dr.,Yard. Doç. Dr.,Doç . Dr. ve Prof. Dr. ünvanına sahip hekimler tarafından yapılmasına, bu birimlerde çalışan yardımcı sağlık personelinin görevi alanına giren uygulamaları yapmasına, bir eğitim kurumu olan bu sağlık kuruluşunda stajyer diş hekimlerinin yukarıda belirtilen hekimlerin nezareti altında belirtilen tedavileri yapmasına, eğitim ve bilimsel amaçlı fotoğraf ve video görüntülerinin alınmasına izin veriyorum.

**Önerilen işlem konusund aaydınlatıldığınızı, işlemi kabulettiğinizi ‘OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM’ yazarak belirtiniz ve imzalayınız:**

.....  
.....

İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İMZA
Hasta / Hasta Yakını*			
Doktor			
Tamıklı keden			

\*Hasta 18 yaşında küçük, bilincikapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değilse ya da imza yetkisi yoksa aonay vekili tarafından verilir.