

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.35
		YAYIN TARİHİ	15.10.2017
		REVİZYON NO	01
	PROTETİK DIŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019
		SAYFA NO	1/2

HAREKETLİ PROTEZ HASTA BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

Sayın Hasta, 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

1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI:

Hareketli Protez Tedavileri öğretim üyesi, asistan hekim ve öğretim üyesi nezaretinde stajyer diş hekimleri tarafından protetik diş tedavisi kliniği içerisinde yapılacaktır.

2.HASTALIĞIN MUHTEMEL SEBEPLERİ VE NASIL SEYREDECEĞİ VE İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:

Hastanın eksik diş bölgeleri ve eksik yumuşak doku hareketli tam ya da parsiyel protezle tamamlanır ve hastanın doğal dişlerine en yakın estetik ve fonksiyonu yeniden sağlanır.

3.HAREKETLİ PROTEZ:

Eksik diş sayısı sabit protez yapılamayacak kadar fazla olduğunda veya ağızda hiç diş bulunmadığı durumlarda hareketli protezler yapılır. Bu protezler çenelerdeki dişsiz alanlardan (damaklardan) destek olan, çene kemikleri üzerindeki yumuşak dokulara oturan protezlerdir. Bu protezler hasta tarafından takılıp çıkartılabilir.

4.GENEL RİSKLER VE KOMPLİKASYONLAR:

Kemik erime hızı kişiden kişiye değişeceği için kemik yapısı ve seviyesi (özellikle alt çenedeki kemik seviyesi) önemlidir. Damaklardaki yumuşak doku büyümeleri (epilus vb.) daha önce çekilmiş dişten dolayı kalan parça veya kemik çıkıntıları, damaklardaki varsa yaraların (aft, mantar v.s.) değerlendirilmesi hekim tarafından yapılması gerekmektedir. Özellikle alt çenede dilin konumundan dolayı ve kemik seviyesinin yetersizliğinden protezin tutması zor olmaktadır. Alt çenede protez hiçbir zaman tam olarak sıkı sıkıya tutmaz, her zaman oynama ihtimali vardır. Hasta proteze alışıkça bu sorun zamanla ortadan kalkar. Total (Tam / damak) protez : Ağızda hiç doğal diş yoksa yapılan protezlerdir. Ana yapı malzemesi akriliktir. İstenirse ve hekim tarafından uygun görülürse kırılmalara karşı dirençli olması için içerisine metal destek konulabilir. Bölümlü (Parsiyel/kancalı/iskelet) protez :Parsiyel protezler dişlerin bir kısmının kaybedildiği ve sabit protezlerin uygulanamayacağı durumlarda yapılır.

Parsiyel protezlerde, protezin tutuculuğu doğal dişlere uygulanan kroşelerle (kancalarla) sağlanır. Bu yüzden ön bölgede metal görünebilir, estetik sorun oluşabilir. Parsiyel protezlerde özellikle kancanın geldiği dişlere özen gösterilmeli, temizlemesine dikkat edilmelidir. Eğer dikkat edilmezse kancanın geldiği dişlerde çürümeler başlar ve dişin çekilmesiyle sonuçlanabilir.

Total /parsiyel protezde ilk kullanıldığı dönemde ağız içerisinde yumuşak dokularda vurukslar, konuşmada zorluk, bulantı, besinlerin tadını almada yetersizlik görülebilir. Alerjik bünyelerde, kullanılan malzemelere karşı alerji gelişebilir. Protezde, kullanıma ve anotomik yapıya bağlı olarak çatlama ve kırılmalar, değişen oranlarda protezde hareket (özellikle alt protezin aşırı hareket etmesi şikayeti; hastanın dili ve yanaklarını koordineli olarak kullanmasını öğrendikten sonra azalır.). Protezin altına yiyecek birikmesi, protez üzerindeki yapay dişlerde düşmeler olabilir.

5.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Hareketli Protez tedavisi Tek Seans ortalama yarım saattir. İşlemin kaç seans olacağına diş hekiminiz karar verecektir. Her bir seansın arası ise minimum 3 gündür.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.35
		YAYIN TARİHİ	15.10.2017
		REVİZYON NO	01
	PROTETİK DIŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019
		SAYFA NO	2/2

HAREKETLİ PROTEZ HASTA BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

6.ALTERNATİFLER:

Hasta dişsiz olmaktan rahatsız değil ise protez yaptırmayabilir. Hasta hareketli protez istemiyorsa implant tedavisine yönlendirilebilir

7.KULLANILAN İLAÇLAR:

Diş hekimliğinde lokal anestezi sağlamak için artikain, lidokain, mepivakain, vb.etken maddeli anestejik maddeler kullanılır. Lokal anestejik maddeler dolgu yapılacak bölgeye uygulandığında sinir iletimini geçici olarak durdurur ve yapılan maddenin miktarına, yapılış yerine göre **1- 4 saatlik** bir uyuşukluk sağlar.

Antibiyotik, ağrı kesici, anestejik, yıkama solüsyonları ve diğer ilaçların; kızarıklık, dokuda şişlik, kaşıntı gibi deri ve dişeti belirtileri yapabileceği; bulantı, ishal, mide ile ilgili şikâyetlere neden olabileceği ve anesteziye bağlı şişlik, kızarıklık, geçici yüz felci oluşabileceği, çok ender olsa da anafilaktik şok gibi hayati tehlike arz eden alerjik etkilere yol açabileceği bilinmelidir.Kanal tedavisi sırasında uyuşmanın yeterli olmaması durumunda ağrı hissedilmesi ve ek anesteziye gereksinim olabilir.

8.TEDAVİ OLMAZSANIZ:

Çürük ilerleyebilir, mevcut şikâyetleriniz devam edebilir, tedavi edilemez duruma geldiğinde dişiniz çekilebilir.

9.KRİTİK OLAN YASAM TARZI ÖNERİLERİ:

Lokal anestejik madde verilmeden önce herhangi bir sistemik hastalık, hamilelik, kullandığı tüm ilaçlar ve alerjik bir durum varsa muhakkak hekimine söylenmelidir. Aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı anestezinin etkisini zayıflatır. Total /parsiyel protezde ilk kullanıldığı dönemde ağız içerisinde yumuşak dokularda vurukslar, konuşmada zorluk, bulantı, besinlerin tadını almada yetersizlik görülebilir. Alerjik bünyelerde, kullanılan malzemelere karşı alerji gelişebilir. Protezde, kullanıma ve anatomik yapılarla bağlı olarak çatlama ve kırılmalar, değişen oranlarda protezde hareket (özellikle alt protezin aşırı hareket etmesi şikâyeti; hastanın dili ve yanaklarını koordineli olarak kullanmasını öğrendikten sonra azalır.). Protezin altına yiyecek birikmesi, protez üzerindeki yapay dişlerde düşmeler olabilir.

10.GEREKTİĞİNDE TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ: Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir.

HASTANIN veya VELİSİNİN TEDAVİ İÇİN ONAMI

Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum, anladım ve komplikasyonları hakkında bilgi edindim. Genel sağlık durumumla 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). Benimle ilgili olan tedavilerin uygulanmasını, tedavi sırasında ya da sonrasında olabilecek tüm komplikasyonların bilincinde ve benim sorumluluğumda olduğunu kabul ediyorum. Bana/ çocuğuma/ yakınımaya uygulanacak ilaçlar, yapılacak tedavi ve uygulamaların, Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı kliniğinde; asistan, Uzm.Dr.,Yard. Doç. Dr.,Doç . Dr. ve Prof. Dr. ünvanına sahip hekimler tarafından

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.35
		YAYIN TARİHİ	15.10.2017
		REVİZYON NO	01
	PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019
		SAYFA NO	3/2

HAREKETLİ PROTEZ HASTA BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

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 konusunda aydınlatıldığınızı ,işlemi kabul ettiğinizi OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM' yazarak belirtiniz ve imzalayınız:

.....
İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	Adı-Soyadı	Tarih-Saat	İMZA
Hasta /HastaYakını*			
Doktor			
Tanıklıktan			

*Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.