

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.39
		YAYIN TARİHİ	18.10.2017
	REVİZYON NO	01	
	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019	
	PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI	SAYFA NO	1/2

SABİT 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:

Sabit Protez Tedavileri öğretim üyesi, asistan hekim ve öğretim üyesi nezaretinde stajyer diş hekimleri tarafından protez kliniği içerisinde yapılacaktır.

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

Herhangi bir nedenle diş/dişler ve ağız dokuları kaybedilebilir. Yerlerine, çeşitli malzemeleri kullanarak protezler hazırlanır. Hastaya çiğneme ve konuşma işlevleri, estetik, rahatlık ve sağlığı kazandırılır. Sabit, hareketli bölümlü, hareketli tam, implant destekli protezler ve çene-yüz protezleri protez çeşitlerini oluşturur. Ayrıca, çene eklemlerinin rahatsızlıkları ve tedavisi de protetik diş tedavisi kapsamında değerlendirilir ve tedavi edilir.

3.SABİT PROTEZ:

Diş çürüğü ve kırığı gibi ileri derecede madde kaybı olan dişler ve şekil, boyut ve renk sorunu olan dişlerden başka, herhangi bir nedenle diş veya dişlerin kaybında yapılan, hasta tarafından takılıp çıkarılmayan ve diş/dişler üzerine yapıştırılan protez türüdür. Sabit protezler dental altın, metal destekli porselen, tam porselen gibi maddeler ile yapılabilir ve beraberinde protez bağlantı parçalarında kullanılabilir. Ayrıca çeşitli postkor (kanal vidası), inley ve onley uygulamaları da vardır. Protezler, hem klinik hem de laboratuvar işlemlerini bir arada yürüterek hazırlanır. Tek randevuda bitirilemez.

4.GENEL RİSKLER VE KOMPLİKASYONLAR:

Sabit protezler (kaplamalar) tek dişe (kron) ya da birden fazla dişe bağlantılı (köprü) yapılabilir. Kaplamalar ve/veya köprüleri mevcut diş veya dişlere bağlayabilmek için, diş yapısının belli kurallara göre küçültülmesi ve ilk aşamada, ilgili canlı dişlere lokal anestezi yapılması gerekir. Anestezi sonucu zaman zaman şişlik, çene kaslarında hassasiyet veya dil, dudaklar, çeneler ve/veya yüz dokularında genellikle geçici, nadiren daimi hissizlik olabilir. Küçültme işleminden sonra dişlerde hassasiyet meydana gelebilir. Dişleri küçültme işlemi geri dönüşümsüz bir işlemdir ve hayat boyu kaplama yapılmasını gerektirir. Kanal tedavisi yapılmış (cansız) ve kronlanması gereken dişlerde ise, diş yapısını kuvvetlendirmek için postkor uygulaması gerekebilir. Yeniden oluşturulmuş diş yapısı aynı kurallar dahilinde küçültülür. Ancak bu vidalar zamanla çeşitli nedenlere bağlı kırılabilir, bu durumda dişe herhangi bir müdahale mümkün olmayabilir ve dişin çekimine karar verilebilir. Küçültme işlemi tamamlandıktan sonra size uygun kaplamanın yapılması için ölçü alınır. Bu işlem sırasında dişlerine adrenalin içeren iplikler yerleştirilir. Bu nedenle yüksek tansiyon, kalp rahatsızlığı gibi genel sağlığınız ile ilgili bir sorun varsa önceden hekiminizi uyarmanız gerekir. Ölçü işlemi tamamlandıktan sonra kesilen dişlerinizin üzeri geçici olarak kaplanır. Bu işlem tedaviniz tamamlanana kadar dişlerinizin soğuk ve sıcak gibi etkenler nedeni ile hassasiyet duymaması için yapılır. Beraberinde geçici de olsa, çiğneme fonksiyonu ve estetiğiniz sağlanır. Geçici kaplamalar yapıldıktan sonra size önerilen tedaviye göre, hekiminiz sizi bir başka randevuya çağırır. Randevulara gelmemeniz halinde yapılan kaplama dişinize uymayacak ve yeni bir tedaviye başlamak gerekecektir. Bu durumdan hekiminiz sorumlu değildir ve yeni oluşan bu tedavinin tüm masrafları tarafınızdan karşılanır. Hekiminiz tarafından size önerilen madde ile kaplamalarınız bitirilir. Ağızda uygunluğu

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.39
		YAYIN TARİHİ	18.10.2017
		REVİZYON NO	01
	PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019
		SAYFA NO	2/2

SABİT PROTEZ HASTA BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

kontrol edilir ve yine hekiminizin önerisine göre geçici ya da kalıcı olarak dişlerinize yapıştırılır. Diş hassasiyeti, protezler yapıştırıldıktan sonra kısa bir süre veya uzun süre devam edebilir. Dirençli bir hassasiyet var ise, kaynağı başka yerler olabilir. Geçici olarak yapıştırılan kaplamalar için size önerilen randevuya gelmeniz gerekmektedir. Size verilen randevuya gelmemeniz halinde kaplamanın çıkması, buna bağlı olarak kırılması veya yutulması durumundan hekiminiz sorumlu değildir. Bir sonraki randevuda kaplamanız kalıcı olarak yapıştırılacaktır.

5.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Sabit Protez Tedavisi, Tek Seans ortalama 1 saattir. İşlemin kaç seans olacağına işlemin çeşidine göre diş hekiminiz karar verecektir. Her bir seansın arası ise minimum 3 gündür.

6.ALTERNATİFLER:

Hasta diş eksikliğinden şikayetçi değil ise protez yapılmadan durabilir.

7.KULLANILAN İLAÇLAR:

Diş hekimliğinde lokal anestezi sağlamak için artikain, lidokain, mepivakain, vb.etken maddeli anestetik maddeler kullanılır. Lokal anestetik 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, anestetik, 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:

Çiğneme etkinliği azalır.Diş olan tarafa yüklenileceği için eklem problemleri ortaya çıkabilir

9.KRİTİK OLAN YASAM TARZI ÖNERİLERİ:

Lokal anestetik 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.S abit protez uygulaması sonrasında dişlerde soğuk sıcak hassasiyeti, ağrı, ağız bakımı yetersiz olursa dişlerde kanama, protez altındaki dişlerde çürüme oluşabilir. Sabit protezin yapıştırıcısı zayıflayıp düşebilir. Hekime başvurulduğunda tekrar yapıştırılabilir. Porselenleri ya da metal döküm kısımları kırılabilir, tamiri mümkündür. Köprü protezler kullanımdan sonra hasta tarafından ara yüz fırçaları yardımıyla iyi temizlenmediği zaman koku yapabilir. Bunların hiçbiri oluşmayabilir. Dişlere alışana kadar yanaklarınızı yada dilinizi ısırılmamak için dikkatli olmanız gerekmektedir. Protezlerinizde çatışma, yükseklik, keskin kenar v.b. tespit ederseniz vakit geçirmeden hekiminize başvurmanız gerekmektedir.

10.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.39
		YAYIN TARİHİ	18.10.2017
		REVİZYON NO	01
	PROTETİK DIŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019
		SAYFA NO	3/2

SABİT PROTEZ HASTA BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

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/ yakınıma 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 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			
Tanıklık eden			

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