

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.42
		YAYIN TARİHİ	25.09.2017
	RESTORATİF DIŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI	REVİZYON NO	01
		REVİZYON TARİHİ	01.11.2019
		SAYFA NO	1/2

FİBERLE GÜÇLENDİRİLMİŞ PERİODONTAL SPLİNTİŞLEMİ HASTA BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

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

1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI:

Fiberle güçlendirilmiş periodontal splint işlemi öğretim üyesi ve asistan hekimler tarafından Restoratif Diş Tedavisi kliniği içerisinde yapılacaktır.

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

Periodontal problemi olan dişlerin mobilitesinin(sallanan dişler) giderilmesi veya travma sonrası hasar görmüş dişlerin sabitlenmesi amacıyla fiberle güçlendirilmiş periodontal splint uygulaması yapılmaktadır. Fiber splint malzemesi kullanılarak tedavisinin yapılması, şikayetin ortadan kaldırılarak diş bütünlüğünün korunması, estetik kaygıların giderilmesi, dişlerin erken kaybının engellenmesi, mobilitesi(sallanan) olan dişlerin sabitlenerek bu dişlere fonksiyon kazandırılması amaçlanmaktadır.

3.FİBERLE GÜÇLENDİRİLMİŞ PERİODONTAL SPLİNT UYGULAMASI:

Periodontal problemi olan hastalarda dişin etrafındaki kemik kaybına bağlı olarak dişlerde hareketlilik gözlemlenebilir. Bu hareketliliği önlemek amacıyla dişleri birbirine bağlayarak geçici ve daimi splintler kullanılır. Bu işlem için kompozit, fiber veya ortodontik teller kullanılabilir. Eğer dişler daimi olarak birbirine bağlanacaksa dişlerin iç yüzeylerinde ve/veya çiğneme yüzeylerinde oluk oluşturulur ve kullanılacak olan materyal bu olukların içinden geçirilir.Tedaviden beklenenler, dişlerdeki hareketliliğin azalması ve hastanın fonksiyonunun geri kazanılmasının sağlanmasıdır. Akut travma sonrasında hareketliliği önlemek için, okluzal terapinin bir parçası olarak, dişlerin yer değiştirmesini önlemek amacıyla uygulanır.

4.GENEL RİSKLER VE KOMPLİKASYONLAR:

Daimi splint uygulanması sırasında dişlerde oluklar açılırken anestezi gerekebilir.Anestezinin (iğnenin) yapıldığı yerde ağrı ve rahatsızlık hissi oluşabilir. Hasta ağzını tam açamayabilir. Bu durum geçicidir.Nadiren de olsa anestezi iğnesinin ucu sinire çok yakın geçerse dilde, dişte veya dudakta ani çarpılma hissi oluşabilir. Birkaç gün bu bölgede hissislik olabilir. Bu durum kendiliğinden geçer, eğer geçmezse bir uzmana danışılması gerekmektedir. Splint materyali kompozit dolgu ile dişe sabitlenir . Kompozit dolgu dişlerde hassasiyete sebep olabilir. Dolguda yükseklik olabilir. Bu durumda çiğneme sırasında ağrı veya dişte kırık gerçekleşebilir. Mümkün olan en kısa zamanda yüksekliğin alınması için kliniğe başvurulması gerekmektedir. Splint kullanım sırasında ağır yük altında kalırsa diştten ayrılabilir. Böyle durumlarda hasta en kısa sürede kliniğimize başvurmalıdır. İşlem SGK kapsamında sayılmadığı için ekstra olarak ücretlendirilir.

5.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Fiberle güçlendirilmiş periodontal splint işlemi için tahmini süre ortalama 50-60 dakikadır. Estetik dolgu uygulamaları gerektiğinde daha uzun sürebilir. Splintin indirekt uygulama yapılması gereken durumlarda işlemin kaç seans olacağına diş hekiminiz karar verecektir. Her bir seansın arası ise minimum 2-3 gündür.

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.42
		YAYIN TARİHİ	25.09.2017
	REVİZYON NO	01	
	REVİZYON TARİHİ	01.11.2019	
	RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI	SAYFA NO	2/2

FİBERLE GÜÇLENDİRİLMİŞ PERİODONTAL SPLİNTİŞLEMİ HASTA BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

6.ALTERNATİFLER:

Dolgu işleminiz yapıldıktan sonra hassasiyet veya diş kırılması sebebiyle ya da estetik açıdan hasta memnuniyeti sağlanamaz ise kanal tedavisi , protetik uygulamalar denenebilir.

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.Dolgu işlemi sırasında uyuşmanın yeterli olmaması durumunda ağrı hissedilmesi ve ek anesteziye gereksinim olabilir.

8.TEDAVİ OLMAZSANIZ:

Dişlerdeki yüksek mobilite destek dokularda geri dönüşümsüz yıkımın ilerlemesine dolayısıyla diş kayıplarına sebep olabilir. Diş kaybı sonucu protetik tedavilere ihtiyaç duyulur. Destek kalmaması durumlarında cerrahi tedaviler gerekli olur.

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. Splint tedavisinden sonra 1 hafta boyunca hafif orta şiddette sıızlamalar olabilir.İşlem sonrası ağrı kesici kullanılması gerekebilir.Tedavi yapıldıktan sonra şişlik olursa hekimle iletişime geçilmelidir.Ön diş ışıklı dolgular dikkatli kullanılmalıdır, sert şeyler ısırılmamalıdır Dolgudan sonraki ilk günler soğuk sıcak hassasiyeti olabilir. Splintin kırılmaması için ön dişlerle birşey kesilip koparılması önerilmez.

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 sorular 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, ilaçlar, yapılacak tedavi ve uygulamaların, Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Restoratif 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

	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	H.HD.RB.42
		YAYIN TARİHİ	25.09.2017
	RESTORATİF DIŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI	REVİZYON NO	01
		REVİZYON TARİHİ	01.11.2019
		SAYFA NO	3/2

FİBERLE GÜÇLENDİRİLMİŞ PERİODONTAL SPLİNTİŞLEMİ HASTA BİLGİLENDİRME RIZA BELGESİ

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:

.....
.....

İş bu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

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

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