



PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ
ANABİLİM DALI

SDÜDHF/TBH/FRM/12/YT-22.09.2014/REVNO-00

Hasta Adı Soyadı: _____

TC Kimlik No : _____

Doğum Tarihi : _____

Cinsiyeti : _____

Telefon : _____

E-Posta : _____

Bu formda sizin tıbbi ve diş tedavileri ile ilgili hikayeniz ve bazı kişisel bilgiler istenecektir. Uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Formda ayrıca tedavi göreceğiniz kliniklerde yapılacak işlemlere ait bilgiler yer almaktadır. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığını iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

ACİL DURUM VARLIĞINDA TEMASA GEÇİLECEK KİŞİ

Adı Soyadı : _____

Telefon : _____

TEŞHİS

TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

PLANLANAN TEDAVİ

ÖNERİLEN TEDAVİ

Çene Yüz Protezleri

Uygulanacak

Çene yüz protezleri doğuştan olan ya da kanser, kaza gibi nedenlerle oluşan çene ve orta yüz bölgesi defektlerinde (eksiklik veya kayıp) kaybedilen estetiğin yanında çiğneme, yutkunma, solunum gibi işlevleri yeniden kazandırmak amacıyla yapılan protezlerdir. Protez hastanın durumu ve özelliğine göre ağız içi hareketli (bölümlü veya tam protezler), sabit protezler ve implant destekli protezlerden bir veya birkaçının bir araya getirilmesi ile hekiminiz tarafından tasarlanır. Hareketli protezler, sabit protezler ve implant destekli protezler için açıklanan bilgiler ve sorunlar, bu tip protezler için de geçerlidir. Hastadaki kaybın durumuna göre ağız içi protezlerden başka, yüz bölgesi için ayrı bir protez yapılması veya her iki tip protezin birbiri ile bağlantılı hale getirilmesi gerekebilir. Yine, vakanın özelliğine göre göz, kulak ve burun gibi alanlara implantların (ağız dışı) yerleştirilmesi ve yüz protezinin desteklenmesi gerekebilir.

TETKİKLER

İntraoral (Ağız İçi) Radyografik Tetkik

Uygulanacak

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için diş/çevre dokuların ağız içinden röntgeninin çekilmesi gerekebilir. Röntgen filmi ağız içerisine yerleştirilerek işlem gerçekleştirilir. 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. **Radyografik tetkikten beklenenler:** Şikayet bölgesinin ayrıntılı incelenerek şikayete neden olan diş ya da kemik bölgesinin belirlenmesi. **Radyografik tetkik yapılmazsa:** Şikayet nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir. Tedavi sonrası kontrol radyografileri alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez. **Olası riskler:** Röntgen filmi çekimi sırasında hastanın bulantı refleksi tetiklenerek bulantı ve bazen kusma oluşması. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir.

Ekstraoral (Ağız Dışı) Radyografik Tetkik

Uygulanacak

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için çene yüz bölgesinin röntgeninin çekilmesi gerekebilir. Röntgen filmi ağız dışında konumlandırılarak işlem gerçekleştirilir. Hamilelik

Hasta İmza

Hekim İmza

durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır. **Radyografik tetkikten beklenenler:** Şikayet bölgesinin ayrıntılı incelenerek şikayete neden olan diş ya da kemik bölgesinin belirlenmesi. **Radyografik tetkik yapılmazsa:** Şikayet nedeni doğru olarak belirlenemeyebilir. Tedavi sonrası kontrol radyografileri alınmazsa tedavinin başarısı değerlendirilemez. **Olası riskler:** İşlem sırasında en az 20 saniye hareketsiz kalınması gerekli olduğundan hareket edilirse filmin kötü çıkması ve tekrar çekilme durumunun söz konusu olması. Hamile ve çocuklarda koruyucu önlemler alınmazsa radyasyona hassas organlar etkilenebilir.

TEDAVİ VE İŞLEMLER

Lokal Anestezi

Uygulanacak

Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestezi madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Anesteziden Beklenenler Anestezi 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. **Olası Riskler:** 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. **Tedaviden Beklenenler:** Kaybedilen estetiği kazandırmak; çiğneme, yutkunma, solunum, konuşma gibi işlevlerin gerçekleştirilmesine yardımcı olmak.

Karşılaşılabilecek Problemler ve Riskler

- Yüz protezi kulak, burun, göz ve yüz alanlarına uygulandığında estetik yeterince sağlanamayabilir.
- Bu tür protezlerin yapım aşamaları uzun, karmaşık ve zordur. Yapım aşamasında tekrar eden randevulara gelmeniz gerekebilir.
- Yeni protezler alıştırma ve uyum gösterebilmede, vakanın özelliğine göre zorlanma ve başarısızlık olasılığı vardır ve tedavide başarı garanti edilemez.
- Protezin yapımında kullanılan maddelerin özelliğine ve dış etkenlere bağlı olarak protezin esnekliği, tutuculuğu, boyutu ve rengi değişebilir.
- Bu tür protezleri, özellikle dokularda bir yandan iyileşme ve/veya tekrar eden ameliyatlarda olduğunda yenilemek ve/veya bazı değişiklikler yapmak gerekebilir.
- Alerjik etki yaratabilir.
- Protezin kullanımı, bakımı ve kontrolleri ile ilgili önerilere mutlaka uymanız gerekir. Kuralına uygun kullanılsa bile protez malzemesinde bir süre sonra değişiklikler meydana gelebilir ve yenilenmesi gerekir. Yenilenmesi durumunda mali bedeli hasta tarafından karşılanır.
- Özellikle konuşmanın etkilendiği vakalarda konuşma eğitiminin alınması önerilir.

Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler

- Günlük ağız bakımınızı düzenli olarak yapılması ve protezlerinize ve mevcut doğal dişlerinize mümkün olduğunca özen gösterilmesi. Çeneleriniz için yapılan protezlerinizin temizliğinin hekiminizin önerileri doğrultusunda mutlaka uygulanması.
- Protezlerin gün içinde hekimin belirttiği süre kadar kullanılması, kullanmadığınız zamanlarda, protezlerin içinde temiz su bulunan bir kaptaki bekletilmesi. Yüz protezinizin kullanımı ve bakımı hakkında hekiminiz tarafından yapılan açıklamalara ve kurallara uyulması.
- Düzenli kontrollere gelinmesi.

ONAY

Tüm ağızımın detaylı muayenesi yapıldı. Ayrıca ilgili bölümlerde hekimler tarafından hastalığın ne olduğu, tedavinin neden gerektiği, içerdiği riskler, oluşabilecek problemler, alternatif yöntemler, tedavi sonrası oluşabilecek değişiklikler, başarı olasılığı ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek durumlar açıklandı.

Teşhis ve tedavi esnasında ;

- Konsültasyon istenebileceği ve bunların tedavi sürecine katılabileceği,
- Öğrencilerin tanı ve tedaviye katılacağı, asistan ve öğretim üyeleri denetiminde çalışacakları,
- Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi hekimlerinin, öğrencilerin, dental teknisyen ve röntgen teknisyenlerinin röntgen çekebileceği
- Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, radyolojik görüntülerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceği,
- Verilen randevulara aksatmadan gelinmesi ve hekimin tedavi ile ilgili öneri ve uygulamalarına uyulmasının tedavi sonuçlarını doğrudan etkileyebileceği,

Tarafıma açıklandı.

(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA 'Bu Onam Formunu, Okudum ve Anladım' YAZARAK İMZALAYINIZ)

	Adı Soyadı	İmza	Tarih
Hasta/Hastanın Yasal Temsilcisi-Yakınlık Derecesi			
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim			
Tercüman (Kullanılması Halinde)			