

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	PEDODONTİ ANABİLİM DALI APEKSİFİKASYON ve REJENERASYON AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.203	Yayın tarihi 08.01.2025	Revizyon No 0	Revizyon tarihi -	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/3

Sayın Hasta Velisi / Kanuni temsilcisi;

Bu Rıza (Onam) formunun amacı; çocuğunuzun tedavisi için uygulanacak tüm işlemler/uygulamalar sırasında, yapılacak işlem ve karşılaşılması muhtemel yan etkiler hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmenizi sağlamak, bunları bilerek çocuğunuz için muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi belgelemek, sizden onay alıp, bu onayı imza altına almaktır.

- Ağız ve diş tedavisinin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra çocuğunuza yapılacak işleme rıza göstermek veya göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.
- Tedaviye başlamadan önce sizden detaylı bir anamnez (hasta hikayesi) alınacaktır; çocuğunuzun geçirmiş olduğu, sistemik (tüm vücudu ilgilendiren), bulaşıcı hastalıklar veya alerjisinin olup olmadığını hekiminizle paylaşmanız önem arz etmektedir. Hekiminiz gerekli gördüğü takdirde diğer branşlardan konsültasyon isteme (görüş alma) hakkına sahiptir. Çocuğunuz hakkında beyan etmediğiniz her türlü sağlık problemi ile ilgili sorumluluk size aittir.
- Çocuk ile hekim arasındaki iletişimin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için veliler bekleme salonuna davet edilmektedir. Hekim gerekli gördüğü durumlarda sizi tekrar çağırabilir. Yapılan tedavilerin başarısında hasta ve velilerin hekim ile iş birliği içerisinde ve uyumlu olmalarının etkisi büyüktür. Hastanın tedavisi sürerken, ilk muayenesi sırasında belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedaviler gerekebilir.
- Tüm tedavilerin başarı oranlarının çok yüksek olmasına rağmen bu konuda memnuniyet sözü veya garanti verilemeyeceği, dolayısıyla tedavi edilen dişlerin yeniden tedaviye ihtiyaç duyulabileceği veya çekiminin gerekebileceği bilinmelidir.
- Tedavi sırasında veya sonrasında ilaç tedavisi gerekebilir. Böyle bir durumda ilaçların kullanım süreleri ve kullanım şekilleri konusunda hekiminizin belirttiği şekilde uygulama yapmanız ve ilaçların yan etki göstermesi durumunda hekiminize başvurmanız gerekmektedir.
- Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz. Onayınızdan sonra da olsa işleme başlanmamış ise onayınızı geri çekme hakkına sahipsiniz.
- Gerektiğinde tıbbi yardıma ulaşmak için 0(332) 223 12 90 numaralı telefondan 'Pedodonti Kliniği'ni arayabilirsiniz.
- Hizmetlerimizle ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikâyetleriniz için; 'Hasta İletişim Birimi'ne başvurabilir, hastanemizde bulunan 'Öneri ve Dilek Kutusu'na yazabilir, web sitemizdeki 'Bize Yazın' bölümünden iletebilir, SABİM-BİMER kanalıyla başvuru yapabilirsiniz.

İşlemler Hakkında Bilgilendirme:

1. APEKSİFİKASYON

İşlemin Tanımı: Kök gelişimini henüz tamamlamamış genç daimi dişlerde (kök ucu açık), pulpa dokusunun (dişin damar ve sinir içeren kısmı) çeşitli nedenlerle (derin çürükler, travma, vb.) enfekte olması ve canlılığını yitirmesi durumunda uygulanan tedaviye apeksifikasyon denir. Apeksifikasyon tedavisinde, hasar görmüş pulpa dokusu çıkarılır ve kök kanallarına kök ucu gelişimini kontrol edecek doku dostu bir materyal yerleştirilir. Bu materyal, hekimin uygun gördüğü aralıklarla (2-3 ay) yapılan klinik ve radyografik kontrollerde yenilenir ve kök ucu kapanması sağlandığında kalıcı kanal dolgusu yapılarak dişin restorasyonu tamamlanır. Bu tedavi dişin durumuna bağlı olarak tedavi 3 ay ila 2 yıl kadar sürebilir. Yapılacak tedavilerin başarısı hasta uyumu ve hastanın tedaviye devamı ile direkt ilişkilidir. Tedavi süresince dişin kök gelişimi hakkında bilgi sahibi olabilmek için tüm kontrol seanslarında röntgen çekilmesi gereklidir. İşlem anestezi (uyuşturma) gerektirebilir.

İşlemden Beklenen Faydalar: Ağrı mevcut ise giderilmesi, diş dokularının korunması ve kök ucu gelişiminin tamamlanması, dişin fonksiyonunun devam ettirilmesi amaçlanmaktadır.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sorunlar: Diş dokularındaki kayıp devam eder, diş kökleri etrafındaki kemikte harabiyet ve apse (şişlik) oluşumu gözlenebilir, dişin çekimi gerekebilir.

Olası Yan Etkiler, Riskler ve Komplikasyonlar: Diş dokularının yenilenme yeteneğine, hastanın ağız hijyenine ve kontrol randevularına düzenli olarak gelinmemesine bağlı olarak tedavinin süresi uzayabilir, başarı sağlanamayabilir. İyileşme gerçekleşmezse, tedavinin tekrarı ya da dişin çekimi gerekebilmektedir.

2. REJENERATİF ENDODONTİK TEDAVİ

İşlemin Tanımı: Rejeneratif endodontik tedavi; kök ucu açık ve canlılığını kaybetmiş dişlerde kök gelişiminin devam etmesini ve damarsal yapının yeniden kazandırılmasını sağlamak için uygulanan bir tedavi protokolüdür. Canlılığını kaybetmiş olan kök ucu açık dişlerde, kök kanal girişi açılarak kanal dezenfektanları ile yıkanır. Kök kanalına iyileştirici bir ajan uygulanır ve diş ile ilgili şikayetler geçtikten sonra (birden fazla seans gerekebilir) diş uyuşturularak kök ucu kanatılır, oluşan pıhtı üzerine doku dostu bir materyal yerleştirilerek sonraki seansta dişin kalıcı restorasyonu yapılır. Bu aşamadan sonra 3 yıl boyunca her 3-6 ayda bir kontrol seansı yapılır ve takip radyografileri alınır.

İşlemden Beklenen Faydalar: Ağrı, şişlik, hassasiyet gibi bulgular varsa giderilmesi, kaybedilen diş çevre dokularının ve gelişimi yarım kalan dişlerin kendini onarmasıyla sert ve yumuşak dokuların gelişimlerinin tamamlanması amaçlanmaktadır.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sorunlar: Dişte şişlik, ağrı, morarma, hassasiyet oluşabilir. Dişin gelişimini tamamlaması mümkün olmaz ve zamanla diş dokuları rezorpsiyona uğrayarak (dokunun kendini eritmesi) kaybedilebilir, dişin çekilmesi gerekebilir.

Olası Yan Etkiler, Riskler ve Komplikasyonlar: Dişteki enfeksiyona ve iyileşme yeteneğine, hastanın ağız hijyeninin yetersiz olması ve fırçalama eksikliğine, randevuların aksatılmasına bağlı olarak tedavi süresi uzayabilir. Dişin tedavi edilmesi için kullanılan materyallere bağlı olarak dişte renklenme oluşabilir. Tedavi başarısız olursa alternatif tedaviler veya dişin çekilmesi gerekebilir.

Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler: Hastaya anestezi uygulandı ise etkisi geçene kadar dilini, yanağını ve dudağını ısırmamasına dikkat edilmelidir. Anestezi etkisi (uyuşukluk) geçtikten sonra yemek yenilebilir. Sızlama ve hassasiyet olabilir. İlaç reçete edildiğinde, düzenli olarak kullanılmalıdır. Geçici dolgu uygulandığında, dolgunun kırılması ve düşmesi durumunda hasta kliniğe tekrar başvurmaktadır. Hastalar, hekimin belirlediği aralıklarla düzenli olarak klinik ve radyografik değerlendirme için verilen randevulara gelmelidir.

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	PEDODONTİ ANABİLİM DALI APEKSİFİKASYON ve REJENERASYON AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU	 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ		
Kodu HD.FR.203	Yayın tarihi 08.01.2025	Revizyon No 0	Revizyon tarihi -	Sayfa No / Sayfa Sayısı 2/3

İşlemlerin Kim Tarafından ve Nerede Uygulanacağı: Uygulama 'Araştırma Görevlileri' ve 'Öğretim Görevlileri' tarafından 'Pedodonti Kliniği'nde yapılacaktır. İşlemler aynı zamanda bir eğitim kurumu olan bu sağlık kuruluşunda, Öğretim Görevlileri ve Araştırma Görevlileri gözetiminde 'Dönem 4 ve Dönem 5 Diş Hekimliği Öğrencileri' tarafından da yapılabilir.

Genel Riskler ve Komplikasyonlar:

- Çocuk hasta diş tedavisi sürecinde başını, el/ayaklarını hareket ettirerek diş tedavisinin güvenli şekilde yapılmasını engelleyebilir. Bu durumda ağız içindeki yumuşak dokular (dudak, yanak, dil) yaralanabilir. Bu davranışlar gözlemlendiğinde diş hekimleri ve yardımcıların hastanın ellerini tutması, başını sabitlemesi ve bacak hareketlerini engellemesi gerekebilir. Ayrıca diş hekimi, çocuğun kendisini bir otorite olarak görmesini sağlamak ve tedaviyi kolaylaştırmak amacıyla değişik ses tonlamaları kullanabilir.
- Çocuğunuzun tedavisi sırasında ağrı ve acı hissedilmesini engellemek için lokal (belli bölgenin uyuşturulması) veya rejyonel (sinir dokusunun blok halinde uyuşturulması) anestezi gerekebilir. İşlem yaklaşık 5-25 dakika sürmektedir. Etkisi 1-4 saat sürebilir. Anestezi sonucu fasiyal paralizi (geçici yüz felci), amfizem (yüzde şişlik), hematoma (yüzde kızarma, morarma) trismus (ağzın açılmaması), enjektör iğnesinin kırılması, anestezinin tutmaması, senkop (renk solukluğu, soğuk terleme, nabızın yavaşlaması) gibi komplikasyonlar oluşabilir. Lokal anestezi yapıldıktan sonra belli bir süre yeme içme ve çiğneme yapılmaz.
- Endodontik tedaviler (kanal tedavisi, rejenerasyon, apeksifikasyon) yapılırken, kullanılan aletler kanal içerisinde veya dışarısında kırılabilir, bu durumda alet kanal içinde bırakılabilir veya diş çekime gidebilir.
- İşlem sonrasında ağrı, apse, diş eti kanaması, şişlik oluşabilir. Kullanılan ilaçlara bağlı alerjik reaksiyonlar gelişebilir.
- Kanal içinde kullanılan dezenfektanlar kanaldan taşıp ağrı ve doku harabiyetine sebep olabilir.
- Dişin konumu, hastanın ağız açıklığı, dil, yanak ve komşu dokuların anatomik yapısı nedeniyle çalışma sırasında alet ağız boşluğuna düşebilir. Hasta diliyle refleks olarak kanal aletini geriye itebilir, aspire edebilir (solunum yoluna kaçabilir) veya yutulabilir.
- Tedavi sonrasında bir hafta on gün kadar dişin üzerine basarken, yemek yerken ağrı şikayeti olabilir. Anestezi yapılan bölgede birkaç gün hassasiyet olabilir. Bu şikâyetin zamanla azalarak geçmesi beklenir.
- Endodontik tedavi (rejenerasyon, apeksifikasyon) yapılmasına rağmen, tedavinin hemen akabinde veya bir süre sonra dişin çekimi gerekebilir. Tedavi başarılı olsa bile, bu durum daha sonra o dişin bir daha ağrımayacağı anlamına gelmez.
- Eğer rejeneratif endodontik tedavi ya da apeksifikasyon tedavisi yapılmasına rağmen, kendiliğinden başlayan zonklama tarzında şiddetli ağrılar oluşursa, dişin çekilmesi gerekebilir.

İşlemin Tahmini Süresi: Yapılacak olan işleme ve dişin durumuna bağlı olarak değişebilmektedir. İşlemin tahmini süresi 30-60 dakikadır.

Hekimin Tanısı / Ön Tanı:

--

Tedavi Uygulanacak Diş:

				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 Tedavi:

- ☐ APEKSİFİKASYON
- ☐ REJENERATİF ENDODONTİK TEDAVİ

Hasta Velisinin Rızası (Onamı)

Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum, anladım ve komplikasyonları (yan etkileri) hakkında bilgi edindim. Çocuğumun genel sağlık durumuyla ilgili sorulan sorularda hiçbir eksik bilgi bırakmadım. Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkımın olduğunu biliyorum. Sözel ve yazılı tüm bilgilendirmeleri yeterli buluyorum. Bu aydınlatılmış onamın bir nüshasını (kopyasını) teslim aldım.
(Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemi kabul ettiğinizi 'OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM' yazarak belirtiniz ve belgeyi imzalayınız.)

İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	ADI SOYADI	TARİH/SAAT	İMZA
Hasta VELİSİ (Yasal Temsilcisi)			
HASTA			

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	PEDODONTİ ANABİLİM DALI APEKSİFİKASYON ve REJENERASYON AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.203	Yayın tarihi 08.01.2025	Revizyon No 0	Revizyon tarihi -	Sayfa No / Sayfa Sayısı 3/3

Bilgilendirmeyi Yapan ve İşlemi Gerçekleştiren HEKİMİN KAŞESİ ve İMZASI	Sorumlu Öğretim Üyesi HEKİMİN KAŞESİ ve İMZASI
--	---