

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	PEDODONTİ ANABİLİM DALI DİŞ BEYAZLATMA İŞLEMİ AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.205	Yayın tarihi 08.01.2025	Revizyon No 0	Revizyon tarihi -	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/1

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:

1. VİTAL BEYAZLATMA (Canlı dişlere uygulanan)

İşlemin Tanımı: Herhangi bir nedenle normal rengini değiştirmiş dişlere beyazlatıcı ajan uygulanarak, dişlerin normal rengine gelmesi sağlanır ve hastanın estetik beklentileri giderilmeye çalışılır. İşlem, beyazlatıcı jel ve ışıktan oluşan sistem ile (office bleaching) klinik ortamında bir saat içinde gerçekleştirilir.

Olası Yan Etkiler, Riskler ve Komplikasyonlar: Beyazlatma ajanları ağırlıklı olarak hidrojen peroksit ve karbamid peroksit içermektedir. Bu maddeler hastada alerjik reaksiyonlara sebep olabilir. Dişteki renklenmenin çok şiddetli olması durumunda tedaviye çok geç cevap alınabilir veya hiç cevap alınamayabilir. Tedavi esnasında dişlerde hassasiyet şikâyetleri olabilir ve kullanılan ajanın yumuşak dokularla teması sonucunda dokularda ağrı, alerjik reaksiyon ve hassasiyet, geçici renk değişikliği meydana gelebilir.

Tedavi sonrası dikkat edilmesi gerekenler: Beyazlatma işleminden alınan sonuç, diş yapısına bağlı olarak değişir ve yaklaşık 6 ay ila 2 yıl arasında sabit kalır. Beyazlatma sonrasında en az iki hafta dişleri boyayan maddelerden uzak durulmalıdır.

2. DEVİTAL BEYAZLATMA (Kanal tedavili dişlere uygulanan)

İşlemin Tanımı: Kanal tedavisi görüp rengini değiştirmiş, herhangi bir nedenle kanal tedavisi yapılan anormal renkte veya hastayı estetik yönden tatmin etmeyen dişlerde kanal tedavisi sonrasında dişin koronal kısmına beyazlatıcı ajan yerleştirilerek bir hafta arayla yenilenir, seanslar istenilen renk elde edilinceye kadar devam eder. Tedavi esnasında hastaya geçici dolgu yapılır. Tedavi bittğinde dişler daimi olarak restore edilir.

Olası Yan Etkiler, Riskler ve Komplikasyonlar: Dişteki renklenmenin çok şiddetli olması durumunda tedaviye çok geç cevap alınabilir veya hiç cevap alınamayabilir. Tedavi edilen dişlerde servikal rezorpsiyon (dişin boyun kısmında erime) gibi patolojiler meydana gelebilir, bu durumda gerekli görülen tedavi uygulanır.

Tedavi sonrası dikkat edilmesi gerekenler: Tedavi bittikten 15 gün sonra dişler daimi olarak restore edilir. Hasta ağız bakımına özen göstermeli, hekiminin tavsiyelerine uymalıdır.

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.

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

Hekimin Tanısı / Ön Tanı:

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	PEDODONTİ NABİLİM DALI DİŞ BEYAZLATMA İŞLEMİ AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.205	Yayın tarihi 08.01.2025	Revizyon No 0	Revizyon tarihi -	Sayfa No / Sayfa Sayısı 2/2

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			

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			

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

