

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	PEDODONTİ ANABİLİM DALI DIŞ YÜZEY TEMİZLİĞİ AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.206	Yayın tarihi 08.01.2025	Revizyon No 0	Revizyon tarihi -	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/2

Sayın Hasta Velisi / Kanuni temsilcisi;

Bu Rıza (Onam) formunun amacı; çocuğunuzun tedavisi için uygulanacak tüm işlemler/uygulamalar sırasında, yapılacak işlem ve karşılaşılabilecek 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.

İşlemin Tanımı: Diş taşları dişlerde oluşan bakteri plağına tükürükteki minerallerin çökmesi ile oluşur ve temizlenmeleri gereklidir. Diş yüzeyi temizliği, diş taşlarının ve diş yüzeyindeki renklemelerin uzaklaştırılması işlemidir. Dişeti üzerinde görülen diş taşları bir el aleti yardımıyla temizlenir. Ardından gerekli görüldüğü takdirde diş renklemeleri turla dönen bir aletle (mikromotor ve ucuna takılan lastik frez ile) temizlenir. Yapılan işlemler sonrasında ağız ve diş sağlığı için en önemli basamak olan diş fırçalama eğitimi verilerek çocuk ve hasta velisi bilgilendirilir.

İşlemin 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.

İşlemden Beklenen Faydalar: Diş taşlarının temizlenmemesi durumunda dişeti kanamaları, ağız kokusu ve bölgesel hassasiyetler gelişebilir; enfeksiyon ve kemik yıkımına bağlı diş kayıpları görülebilir. Diş yüzeyi temizliği işlemi ile bahsedilen sorunların ilerlemesinin durdurulması ve tedavisi amaçlanmaktadır.

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 yardımcılarının 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.

Olası Yan Etkiler, Riskler ve Komplikasyonlar:

- Tedavi sonrasında ilk 1-2 günde ağrı, kanama, hafif şişlik, abse ya da deride ekimoz (renk değişimi) oluşabilir. Bunları engellemek için mümkün olduğunca hekimin tavsiyelerine uyulmalıdır.
- Dişeti hastalığının şiddetine göre dişlerde aralanma, dişeti çekilmesi, dişlerin arasına daha kolay gıda birikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilir. Tedavi sonrasında dişlerde sıcak-soğuk hassasiyeti görülebilir.
- Canlı bir doku olan dişetinin yapılan tedaviye verdiği yanıt (iyileşme) hastadan hastaya değişiklik göstermektedir. Bu yüzden tedaviye yanıt alınamayan durumlar olabilir ve tekrarlayan seanslar gerekebilir.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sorunlar: Önerilen tedavi uygulanmazsa, dişlerin olduğu bölgede dişeti hastalığı devam eder. Hastalığın ilerlemesine bağlı olarak dişlerde hareketlilik artışı, çiğneme fonksiyonunda azalma ve daha ileri dönemde diş kayıpları meydana gelebilir. Sağlığı bozulmuş periodontal (diş çevresi) dokular genel sağlığı da olumsuz yönde etkiler.

Alternatifi: İşlemin alternatifi bulunmamaktadır.

İşlemin Tahmini Süresi: 15-30 dakikadır.

Tedavi sonrası dikkat edilmesi gerekenler: Diş fırçalama eğitimi verilen hastanın önerilen şekilde dişlerini fırçalaması tavsiye edilir. Daha sık takip gerektiren bir durum yoksa 6 ayda bir düzenli olarak kontrole gelmesi faydalı olacaktır.

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	PEDODONTİ ANABİLİM DALI DİŞ YÜZEY TEMİZLİĞİ AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HD.FR.206	Yayın tarihi 08.01.2025	Revizyon No 0	Revizyon tarihi -	Sayfa No / Sayfa Sayısı 2/2

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				

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
--	---