# HASTA BİLGİLERİ

Hasta Adı Soyadı TC Kimlik No Hasta Dosya No Doğum Tarihi Telefon

# TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ TEŞHİS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 5 | 5 4 | 5 3 | 5 2 | 5 1 | 6 1 | 6 2 | 6 3 | 6 4 | 6 5 |  |
| 1 8 1 7 1 6 1 5 | 1 4 | 1 3 | 1 2 | 1 1 | 2 1 | 2 2 | 2 3 | 2 4 | 2 5 2 6 2 7 | 2 8 |
| 4 8 4 7 4 6 4 5 | 4 4 | 4 3 | 4 2 | 4 1 | 3 1 | 3 2 | 3 3 | 3 4 | 3 5 3 6 3 7 | 3 8 |
| 8 5 | 8 4 | 8 3 | 8 2 | 8 1 | 7 1 | 7 2 | 7 3 | 7 4 | 7 5 |  |

|  |
| --- |
| **Endodontik Tedavi Nedir?** |
| Endodontik tedavi, “pulpa” olarak adlandırılan dişin merkezindeki yumuşak dokunun küçük meta el aletleriyle çıkarılmasını içeren bir tedavidir. Pulpanın çıkarılması ile oluşan boşluk plastik benzeri bir madde (guta perka) ve siman ile tıkanır. Dişin restorasyonunda kompozit (diş renkli) veya amalgam dolgu; aşırı harabiyetli durumlarda ise kanal içine yerleştirilen postlar ve bunu takiben dişin kaplanması gerekebilir. Diş kökleri çene kemiğine tutunur ve kemiğin hızlı erimesine engel teşkil eder. Pulpa, “sinir” olarak da adlandırılan içerisinde kan damarlarının olduğu bir dokudur. Pulpa dokusu mine ve dentin tarafından korunur ama çürük, kırıklar, diş üzerine yapılan restorasyonlar, periodontal (dişeti) hastalıklar ve travma pulpaya kalıcı hasar verebilir. Endodontik tedavi, enfeksiyonun şiddetine ve işlemin zorluğuna bağlı olarak 1 ile 3 arasında değişen randevu gerektirebilir. Bu randevulara uyum sağlanmadığı takdirde bazı komplikasyonlar gelişebilir. Bu tedavinin amacı, hasarlı dişinizin tedavisini ve ağızda tutulmasını sağlamaktır ki, aksi takdirde dişin kaybı söz konusu olabilir. |

|  |
| --- |
| **İntraoral (Ağız İçi) Radyografik** |
| 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 radyografları 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. |
| **ONAY:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Ekstraoral (Ağız Dışı) Radyografik Tetkik** |
| 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 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. |
| **ONAY:** |
|  |
| **Lokal Anestezi** |
| Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestezik madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. **Anesteziden Beklenenler**: Anestezik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. 2-4 saat sonrasında anesteziğin 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 ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. |
| **ONAY:** |

|  |
| --- |
| **Konsültasyon** |
| Hastada mevcut olan bir sistemik hastalık, bir hastalığa bağlı olarak kullandığı herhangi bir ilacın yapılacak olan tedaviyi engellemesi ya da olumsuz olarak etkilemesi söz konusuysa, ilgili hastalık ve/veya ilaç kullanımı ile ilgili tedavi öncesi doktorunuzdan konsültasyon istenebilir. |

|  |
| --- |
| **Dolgu maddesinin taşkın ya da eksik olması** |
| * Kanalların aşırı eğri, kalsifiye/tıkalı olması, dallanma göstermesi * Kanal tedavisi sırasında kanal aleti kırılması * Periodontal (dişeti) hastalığının varlığı ve tedavi gereksimi * Önceden oluşmuş bir çatlak veya kırık, kemikte önemli bir enfeksiyon, kök, diş veya sinüs perforasyonu (açılması) * Tedavi sonrası dişte renk değişikliği * Dudakta, dilde, çenede, yanaklarda, dişetlerinde ve dişlerde geçici ama nadiren kalıcı olabilen hissizlik, uyuşma ve karıncalanma hissi, * Ağız açıklığının kısıtlanması, çene kapanışında değişiklikler, çene kaslarında kramp ve spazm, çene ekleminde rahatsızlık, * Dişlerin, kronların veya köprülerin kaybı veya eski restorasyonların yenilenmesini gerektirecek durumlar, * Kulağa, boyuna ve başa yansıyan ağrı; iyileşmede gecikme; sinüs rahatsızlıkları; * İleri tedavi gereksinimi doğabilir. |

|  |
| --- |
| **Karşılaşabilecek Durumlar** |
| * Hiçbir tedavinin yapılmaması * Başarısız kanal tedavilerinin yeniden tedavisinde endodontik cerrahi bir tedavi seçeneği olabilir. * Tedavi sırasında ve sonrasında karşılaşılabilecek riskli durumlar doktorum tarafından anlatıldı. Anlatılanları anladım ve aşağıda yazılı olan riskleri almayı kabul ettim. * İşlem sonrası hassasiyet; birkaç saatten birkaç güne kadar değişen sürelerde dişte ve çevre dokularda hissedilebilir. Sıklıkla her randevu sonrasında çiğneme sırasında ağrı görülebilir. * İşlem sonrası şişlik, enfeksiyon tedavi edilen diş çevresinde, yüzde görülebilir ve birkaç gün sürebilir. * Eğer başarısızlık söz konusu olursa, yeniden tedavi, endodontik cerrahi veya dişin çekimi gerekebilir. * Bazı dişlerde rutin endodontik tedavi yeterli olmayıp, ek tedavilerin uygulanması gerekebilir. |

|  |
| --- |
| **Teşhis ve Tedavi Esnasında** |
| Tüm ağzımın 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.   * Konsültasyon istenebileceği ve bunların tedavi sürecine katılabileceği, * Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi hekimlerinin, 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.** |
| **ONAY:** |

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

…………………………………………........……………………………………………………........................................................................…….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Adı Soyadı | Tarih | İmza |
| Hasta/Hastanın Yasal Temsilcisi-Yakınlık Derecesi |  |  |  |
| Cerrahi Konsültan |  |  |  |
| Protetik Konsültan |  |  |  |
| Tercüman (Kullanılması Halinde) |  |  |  |