

|  |
| --- |
| **Restoratif Tedavi Nedir?** |
| Üst ve alt ön grup dişlere kompozit (beyaz renkli) dolgu, üst ve alt arka grup dişlere ise kompozit veya amalgam (gümüş renkli) dolgular yapılmaktadır. Dolgu yapımı sırasında bazı risklerle karşılaşılabileceği doktorum tarafından anlatıldı ve söylenenleri anladım. Bu risklerin tedavide başarısızlığa yol açabileceğini anladım. Bu riskler şöyle sıralanabilir:   * Dolgu yapımı sonrasında soğuk, sıcak ve çiğneme basıncına karşı hassasiyet hissedilmesi * Çürüğün büyüklüğüne ve derinliğine bağlı olarak diş pulpasına(sinir) çok yaklaşılması ve kanal tedavisi yapılması * Dolgunun çok büyük olması halinde dolgu veya diş kırığı oluşabilir. Bu durumda ideal tedavi dişin kaplanmasıdır. * Dolguda yükseklik olabilir. Bu durumda çiğneme sırasında ağrı veya dişte kırık gerçekleşebilir. Mümkün olan en kısa zamanda yüksekliğin alınması için kliniğe başvurulması gerekmektedir. * Anestezinin (iğnenin ) yapıldığı yerde ağrı ve rahatsızlık hissi oluşabilir. Hasta ağzını tam açamayabilir. Bu durum geçicidir. * Kompozit (beyaz renkli) dolgular, dişetindeki kanama veya tükürük bulaşmasına bağlı olarak düşebilir. Bu durumda hastanın tekrar kliniğe başvurması gerekmektedir. * Nadiren de olsa anestezi iğnesinin ucu sinire çok yakın geçerse dilde, dişte veya dudakta ani çarpılma hissi oluşabilir. Birkaç gün bu bölgede hissislik olabilir. Bu durum kendiliğinden geçer, eğer geçmezse bir uzmana danışılması gerekmektedir. |

|  |
| --- |
| **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 yapılmasının faydaları** |
| * Çürük alanın uzaklaştırılması * Çürüğün ilerlemesinin önlenmesi * Ağrının ve enfeksiyon riskinin giderilmesi * Ağız hijyeninin sağlanması * Ön bölgedeki dişlerde estetiğin sağlanmasıdır |

|  |
| --- |
| **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) |  |  |  |