



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ
HASTA ONAM FORMU



Kodu: HHD.FR.05.01

Yayın Tarihi: 01.11.2018

Revizyon Tarihi:

Revizyon No:

Sayfa No/Sayfa sayısı:1/1

Sayın hasta / vekili yasal temsilcisi;

Aşağıdaki açıklamaları dikkatlice okuyunuz. Bu "Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu" Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Kliniklerinde muayene edilecek hastalarımız için hazırlanmıştır. Hastalarımızın mevcut sistemik hastalıkları, kullandığı ilaçları ve genel sağlık durumlarıyla ilgili olarak hekimlerini bilgilendirmeleri gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir. Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Kliniğinde şikâyetiniz, tıbbi ve dental hikâyeniz doğrultusunda ağız, yüz ve çene bölgenizde detaylı muayeneniz yapılır, herhangi bir engelleyici durum yoksa (hamilelik gibi) gerektiğinde ilave diş röntgeni istenebilir. Klinik ve radyolojik değerlendirme sonucu tanımlanmış konular ve ilgili kliniklere sevk edilirsiniz.

Radyolojik değerlendirmede amaç gözle görülmeyen diş ve/veya kemik ve/veya yumuşak doku içerisindeki patoloji ve hastalıkların teşhis edilmesidir. Diş, çene ve yüz bölgenizden istenecek görüntüleme tetkikleri genel ya da ağız sağlığını etkileyecek durumların tanısı, tedavi planlaması ve tedavi aşamalarının takibi için gereklidir. Kliniğimizde X-ışını kullanılarak dijital, periapikal, okluzal, bitewing, panoramik, eklem, çene, kafa röntgenleri ve dental tomografi çekilmektedir. İstenecek röntgen tetkiki ve adedinin belirlenmesi belirlenir. Röntgen çekiminde kullanılan X-ışını canlı doku için zararlıdır. Bu nedenle hekiminiz sizin tanınmış, tedavi planlamanız, tedavi aşamalarınızın takibi ve kontrol amacı ile gereken en az sayıda röntgen isteyecektir.

Hamile iseniz veya hamilelik şüphelenirse varsa hekiminize ve röntgen görevlilerine bildirmek sizin yükümlülüğünüzdür. Bu durumda radyograf çok gerekli ise istenecek ve size kurşun önlük giydirilerek mümkün olan en az sayıda röntgeniniz çekilecektir.

Eğitim ve bilimsel amaçlı olarak hastaların kimlik bilgileri gizli tutularak fotoğraf, röntgen veya video görüntüleri alınabilir, klinik ve radyolojik verileri bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabilir.

Hastanın 18 yaşın altında olması durumunda Hasta Onam Formunu annesi/babası ya da yasal temsilcisi imzalamak zorundadır.

Kliniğimizde başvurunuz sırasında diş hekimliği tedavisi öncesinde yapılacak muayene ve değerlendirme, tetkikler, işlemler ve maliyetleri hakkında bilgi sahibi olmak sizin en doğal hakkınızdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

Kliniğimizde uygulanacak bu görüntüleme teknikleri hakkında aşağıdaki açıklamaları okuyunuz.

BİLGİLENDİRME:

Radyograf Çekimi

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için radyograf çekilmesi gerekebilir. Çekilen radyograflar:

- Gözle yapılan muayenede fark edilemeyen çürük alanlarının (örneğin dişler arasındaki çürüklerin)ve mevcut olan dolguların altında gelişen çürük ve ya da diğer zararların görülmesini sağlar.
- Dişeti hastalığı nedeniyle oluşan kemik kaybı hakkında bilgi verir.
- Kök kanalındaki sorunların görüntülenmesini sağlar.
- İmplant hazırlığı ve yerleştirilmesinde, ortodontik tedavinin başında ve süresince yararlı ve gereklidir.
- Kemik ve yumuşak dokudaki kist, tümör gibi patolojilerin belirlenmesinde yardımcıdır.
- Yapılan tedavilerin kontrolünde görünebilirlik sağlar.
- Çocukların ağızındaki diş gelişimi ve büyümeleri hakkında bilgi verir.

Fakültemize hastamız ilk defa geliyorsa ağız-diş-çevre dokularını genel bir değerlendirme için panoramik radyograf tüm hastalarımızdan çekilmektedir. Gerekli görüldüğünde daha detaylı görüntü elde edilemek için şikâyet bölgesinden periapikal (ağız içi) filmler alınabilir. Panoramik röntgen çekimi 10-15sn, bir adet periapikal radyografi çekimi 1-2sn sürmektedir. İdeal bir radyografik görüntü elde edilebilmesi için hastanın baş-boyun bölgesindeki metal objeleri çıkarması, işlem boyunca hareketsiz durması istenir.

Dental Volümetrik Tomografi

Kliniğimizde radyografik olarak iki boyutta görüntülenmenin yetersiz kaldığı durumlarda baş-boyun bölgesinin 3 boyutlu görüntülenmesinin sağlanabildiği dental volümetrik tomografi cihazı da kullanılmaktadır. Bu tomografi x-ışını kullanılarak vücudun incelenen bölgesinin kesitsel görüntüsünü oluşturmaya yönelik radyolojik teşhis yöntemidir. Tıpta kullanılan medikal tomografi cihazlarına göre %90'a varan oranda daha az radyasyon ile görüntüleme gerçekleştirilmektedir. X-ışınları yalnızca hedeflenen bölgeye gönderildiğinden, tiroid bezi ve katarakt gibi hassas organlar radyasyondan korunur. Tomografi çekimi görüntüleme alanı büyüklüğüne göre 5-27sn arası sürmektedir. Dental volümetrik tomografi diğer x-ışını incelemelerine göre bazı avantajlara sahiptir:

- Özellikle kemikler ve çevredeki sert dokuların yerleşimini oldukça net gösterir.
- Kist ve tümörlerin ayrıntılı tanısında yardımcı olarak hastalıkların daha iyi değerlendirilmesini sağlar.
- Direkt grafilere göre çok daha ayrıntılı görüntüler oluşturur.

Hamilelerde Radyografi Alınması

Diş hekimliği radyolojisinde x-ışınları yalnızca baş ve boyun bölgesine yönlendirildiğinden, tüm ağız radyograflarının (14 adet ağız içi film) alınması durumunda bile, fetüsün alacağı doz, doğal kaynaklardan alınan dozdan dahi çok daha düşük düzeydedir. Tüm bunlara rağmen hamilelerde radyografi zorunlu olduğunda ve mümkün olan en az sayıda alınır. Hastaya olası zararları önlemek için kurşun içerikli malzemeden yapılmış tiroit koruyucu ve karın kısmını da örten kurşun önlük giydirilerek çekim yapılır.

Siyalografi

Siyalografi, tükürük bezleri ve kanallarının incelenmesini sağlayan bir görüntüleme yöntemidir. Tükürük bezi kanalındaki tıkanıklıkların ve tükürük taşlarının tespitinde önemli bir tanı aracıdır. Kontrast madde (radyografide opak görüntü veren madde), tükürük bezlerine tükürük kanalı ağızından enjekte edildikten sonra hastadan 2 boyutlu (panoramik ve sefalometrik radyografi) veya 3 boyutlu (dental volümetrik tomografi) görüntüleme işlemi yapılır. İşlem uygulanmadığı takdirde tükürük bezi ve kanalındaki tıkanıklık sebebi tespit edilemez. Olası riskler: Bu işlem için genellikle anestezi bir işlem gerekmez. Tüp tükürük kanalına yerleştirildiğinde hafif bir rahatsızlık hissedebilirsiniz. Tükürük kanalı ağzının çok dar olması durumunda kontrast madde tükürük bezine gönderilemeyebilir. Kanal ağzının perfore olması (delinmesi) sonucu kontrast madde doku altında birikebilir. Biriken bu madde daha sonra kendi kendine dağılacaktır. Kullanılacak kontrast maddeye karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Kullanılacak maddeye karşı alerjiniz varsa mutlaka hekime bilgi veriniz. Kontrast maddenin tükürük kanalına gönderilmesinden sonra tükürük bezinde bir doluluk meydana gelecektir. İşlemden sonra tükürük bezinde şişlik ve ağrı görülebilir. Tükürük bezine gönderilen kontrast madde birkaç saat içerisinde tükürük kanalı vasıtasıyla tamamen atılacaktır. İşlemin alternatifi yoktur. Ortalama işlem süresi yaklaşık 15-30 dakikadır.

ONAY

Yukarıda yazılı ve ağız planında işaretli görüntüleme işleminde,

Öğretim elemanları denetiminde stajyer diş hekimlerinin röntgen çekimlerinde yer almasına onay veriyorum. Herhangi bir sistemik hastalığım mevcutsa bunu hekimime bildireceğimi ve hekimimin bu konuda yapacağı konsültasyon işlemlerini kabul ediyorum. Hamile isem, doktorlara ve röntgen teknisyenlerine hamilelik durumumu belirteceğimi kabul ediyorum. Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, radyolojik görüntülerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (patoloji raporu, laboratuvar sonuçları vb) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceğini kabul ediyorum. Radyografi alınmasını kabul etmem hakkımın olduğunu biliyorum. Bu durumda tam bir teşhis konulamayacağını, bu durumdan hekimimi sorumlu tutmayacağımı anlıyorum ve kabul ediyorum.

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

	Adı Soyadı	İmza	Tarih ve Saat
Hasta/Hastanın Yasal Temsilcisi-Yakınlık Derecesi		/...../20..... :
Bilgilendirmeyi Yapan Hekim		/...../20..... :
Tercüman (Kullanılması Halinde)		/...../20..... :

İşlem Yapılacak Bölge:

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

NOTLAR: