



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
HASTA ONAM FORMU



Kodu: HHD.FR.05.13

Yayın Tarihi: 01.11.2018

Revizyon Tarihi:

Revizyon No:

Sayfa No/Sayfa sayısı:1/1

Sayın hasta / vekili yasal temsilcisi;

Bu form size uygulanacak olan tedavileri açıklamaktadır. Uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker ve kan hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.), bulaşıcı bir hastalığı (hepatit, aids gibi), kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa, astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları hekiminizle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir. Kullanılacak dental materyallerin alerjik reaksiyonlara neden olabileceği unutulmamalıdır. Sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda yada bir hastalığa bağlı olarak kullandığımız herhangi bir ilacın yapılacak olan tedaviyi engellemesi yada olumsuz olarak etkilemesi durumunda sizden ilgili hastalık ve ilaç kullanımı için ilgili doktorunuzdan konsültasyon istenebilir. Hastanın klinik fotoğrafları (hasta kimliği belli olmayacak şekilde), tedavi sonrası çıkarılacak biyolojik materyaller ve tetkik sonuçları (radyografiler, laboratuvar sonuçları vb.) teşhis, bilimsel veya araştırma amaçlı kullanılabilir. Her aşamada elde edilen bilgiler sizinle paylaşılacak ve sağlıklı bir ağız yapısına sahip olmanız için gerekli önlemler konusunda bilgilendirileceksiniz. Kliniğimizde uygulanacak tedaviler hakkında aşağıdaki açıklamaları okuyunuz.

**BİLGİLENDİRME:**

**Lokal Anestezi**

İnsan vücudunda his iletimi yapan sinirlerin, belirli bir bölgesinin, anestezi maddelerle (lidokain, mepivikain vb.) geçici süre iletim yapılmasının engellenmesidir. Diş hekimliğinde kullanılan lokal anestezi sonucu oluşan his kaybı süresi; kullanılan anestezi maddesi, anestezinin uygulandığı bölgeye ve kişinin anatomik yapısına göre, 1-4 saat arasında değişiklik gösterir. İşlemin amacı: Yapılacak olan girişimler sırasında işlem yapılacak bölgeyi uyuşturarak ağrıyı engellemek ve dolayısıyla hastanın ağrı hissetmeden tedavilerini yapmaktır. Olası yan etki ve riskler: Hamilelik, herhangi bir sistemik hastalık veya alerjik bir durum varsa muhakkak işlemi yapacak doktorunuza söylemelidir. Aşırı derecede alkol kullanımı anestezinin etkisini azaltabilir. Korku, heyecan ya da açlığa bağlı olarak gelişen senkop (bayılma) diye adlandırılan geçici bilinç kaybı oluşabilir. Trismus denilen ağız açmada güçlük oluşabilir, bu durum 2-3 hafta içerisinde kendiliğinden düzeler. Anestezi yapılırken ağrı ya da ödem oluşabilir. İğnenin yapıldığı yerde (1 haftaya kadar) ağrı oluşabilir. Anestezi yapılan bölgeye komşu sinirlerin etkilenmesinden dolayı geçici yüz felci, geçici şaşılık, geçici körlük, kas zayıflığı, yutkunma güçlüğü, kulak memesi burun ve dil uyuşukluğu, şişlik veya yüzde renk değişikliği gibi yan etkiler oluşabilir. Bunlar anestezinin etkisi geçince tamamen düzeler. Hasta anestezi bölgeyi kaşır, ısırır, ya da çiğnerse kendi kendine yara oluşturabilir. Anestezi bazen istenilen uyuşmayı sağlayamayabilir ve bu durumda tekrarlanması gerekebilir. Çok nadir olmakla birlikte vücuttaki tüm doku ve organları etkileyen şiddetli alerjik reaksiyon görülebilir. İşlemin alternatifi yoktur. Ortalama işlem süresi; 5 dakikadır.

**Uygulanacak**

**Uygulanacak Tedavi:**

**İşleme Ait Açıklamalar:**

**İşlemden Beklenen Faydalar:**

**Tedavi Uygulanmazsa Oluşabilecek Problemler:**

**Alternatif Tedaviler:**

**Olası Riskler ve Yan Etkiler:**

**İşlemin Tahmini Süresi:**

**Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler:**

**ONAY**

Yukarıda yazılı ve ağız planında işaretli tedavi işlemlerinin, Öğretim elemanları tarafından veya öğretim elemanı denetiminde stajyer diş hekimleri tarafından yapılmasına onay veriyorum. Kimlik bilgilerimin gizli tutularak anamnez bilgilerimin, fotoğraflarımın, tetkik sonuçlarımın (radyografiler, laboratuvar sonuçları vb.) teşhis, bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabileceğini kabul ediyorum. Yukarıda yazılanları okuduğumu, doktoruma genel durumumla ilgili doğru bilgiler verdiğimi, komplikasyonlar hakkında sözlü ve yazılı aydınlatıldığımı, bunları göz önünde bulundurarak tedaviyi durdurma veya reddetme hakkım olduğunu bilerek doktorum tarafından yapılacak muayene ve tedavileri kabul ediyorum ve onaylıyorum.

(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:**

Acil Durum Varlığında Temasa Geçilecek Kişi:

Telefon: