

	Karşıyaka Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	Doküman Kodu	HD. RB.02
	PERİODONTOLOJİ (DIŞ ETİ HASTALIKLARI) TEDAVİSİ	Yayın Tarihi	01.02.2018
	HASTA ÖN BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Revizyon Tarihi/No	06.12.2023/02
		S. No/S.Sayısı	1/1

HASTA BİLGİLERİ	Değerli hasta/hasta yakını, Merkezimizde sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetleri kapsamında önerilen tedaviyi kabul edip etmemeye karar vermeden önce, yapılacak her türlü tedavi ve muayene işlemleri Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. Madde uyarınca hasta izni ve onayına tabidir. Bu onam, size konulan tanı doğrultusunda uygulanacak tedavilerin olası riskleri ve yan etkileri (komplikasyon) hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmenizi sağlamak ve bunları bilerek muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi onaylamak için size imzalatılmaktadır.
------------------------	--

GENEL BİLGİLENDİRME:

- ✓ Dişeti hastalıkları, dişlerin üzerinde biriken mikrobiyal tabaka tarafından oluşur.
- ✓ Hasta dişeti tedavisi sonrasında diş fırçası ve diğer temizlik araçlarını hekiminin önerdiği şekilde kullanmalı ve bu mikrop tabakasını düzenli ve sürekli olarak uzaklaştırmalıdır.
- ✓ Derin periodontal ceplerin varlığı, protez veya dolgu yapılmadan önce dişin görünen boyunun yetersiz (kısa) olması, azı dişlerinin kökleri arasında (furkasyon bölgesinde) yıkımların olması, dişeti çekilmesi, eksik dişlerin yerine implant yerleştirilmesi gibi durumlarda cerrahi periodontal tedavi ihtiyacı olabilir.
- ✓ **Tedavinizle istenmeyen bir durum oluştuğunda, mesai saatlerinde klinik hekiminize, mesai dışında nöbet kliniğine başvurabilirsiniz.**
- ✓ **Ağız ve diş sağlığınız için günde 2 defa diş fırçalayınız ve 6 ayda bir diş hekiminize kontrol geliniz.**

TEDAVİDEN BEKLENEN FAYDALAR

- ✓ Dişeti tedavisinde amaç; dişeti kanamalarının giderilmesi, ağız kokusunun giderilmesi, dişetindeki renk ve şekil bozukluklarının giderilmesidir.

TEDAVİNİN OLASI RİSKLERİ ve KOMPLİKASYONLARI

- ✓ Periodontal tedavi sonrası dişlerde sıcak-soğuk hassasiyeti oluşabilir.
- ✓ Yoğun diş taşı varlığında dişlerdeki sallanmalar fark edilemeyebilir ve tedavi sonrası ise daha belirgin hissedilebilir.
- ✓ Diş yüzeylerinin temiz olması sağlanmaz ise tedavi tamamlanamaz ve hastalık tekrarlar.
- ✓ Bazı tedavilerin herhangi bir aşamasında hekim olgunun durumuna bağlı olarak tedavi planında değişiklik yapılabilir.
- ✓ Cerrahi uygulamalar sonrasında da kanama, ağrı, yüzde şişme, his kaybı, çene eklemine rahatsızlık, dişlerin görünen boyutunun uzaması, diş hareketliliğinin artması, dişin bir kısmının veya tamamının çekilmesi, dişlerin soğuk, sıcak, ve şekerli gıdalar gibi dış uyaranlara karşı hassasiyetinin ortaya çıkması veya olan hassasiyetin artması, kök çürüğü riski, konuşma bozukluğu, estetik sorunlar, dikiş atması, biyomateryalin açığa çıkması, operasyon bölgesinin iltihaplanması, implantın çıkartılması ve bunlara bağlı olarak tekrar müdahale gerekliliği söz konusu olabilir.
- ✓ Antibiyotik, ağrı kesici, anestezi ve diğer ilaçların kızarıklık, dokuda şişlik, kaşıntı gibi deri belirtileri yapabileceği, bulantı, kusma, ishal, midede yanma tarzı ağrılar, kanama, tat bozukluğu, dilde ve dişlerde renklenme gibi şikâyetlere neden olabileceği, anafilaktik şok gibi çok ender de olsa alerjik etkilere yol açabileceği bilinmelidir.
- ✓ Anestezinin yapılması sırasında korku ve bayılma (senkop)
- ✓ Anestezi yapılan bölgede yanağını ısırma ya da çiğneme sırasında yanakta travmatik yaralanma
- ✓ Trismus denilen ağız açma güçlüğü (2-3 saat içinde düzelir)
- ✓ Anestezi yapılan bölgede ağrı, ödem ya da facial paralizi (geçici yüz felci)
- ✓ Anesteziye bağlı alerjik reaksiyon
- ✓ Kardiyovasküler reaksiyon ve hipertansiyon

TEDAVİ YAPILMAZSA: Estetik kaybı, konuşma ve beslenme fonksiyonlarında yetersizlikle karşılaşılabilir.

TEDAVİNİN ALTERNATİFİ: Tedavinin alternatifi **YOKTUR.**

TAHMİNİ SÜRESİ: 15-30 dakika

HASTA TEDAVİ ONAYI Periodontal tedavi sürecimi ve tedavi sonucumu kötü etkileyecek ya da tedavi sırasında sağlığımı tehdit edecek herhangi bir sistemik ya da bulaşıcı hastalığı saklamadığımı bildiriyorum. Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum, anladım ve komplikasyonları hakkında bilgi edindim. Genel sağlık durumum ile ilgili sorulan sorularda hiçbir eksik bırakmadım, hiçbir durumumu gizlemeden açıkça anlattım ve benden istenen gerekli tetkikleri tam olarak yaptırdım. Karşıyaka Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nde görev yapmakta olan diş hekimi tarafından tedavinin yapılmasına, Klinikte çalışan yardımcı sağlık personelinin görev alanına giren uygulamaları yapmasına izin veriyorum. El yazısı ile "Okudum, Anladım" yazıp, imzalıyorum. **Çocuk hastalar, zihinsel engelli hastalar, bilinci açık olmayan hastaların yasal temsilcisi tarafından imzalanacaktır.	<u>DIŞ HEKİMİ</u> Yapılan aydınlatıcı bilgilendirme sonrasında hastanın/velisinin/vasisinin ilave bir sorusu olmamıştır. Tedavinin Gerçekleştirildiği Tarih ve Saati yazınız!/...../20..... Saat::..... Hekim Kaşe İmza
Hasta/Yasal Temsilcinin Adı Soyadı:	
El yazısı ile "Okudum, Anladım." İmza	