



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
AĞIZ DİŞ ÇENE CERRAHİSİ A.D. DİŞ ÇEKİMİ
İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ

Doküman No	HD.RB.03
Yürürlüğe Gir.Tar.	09.02.2015
Revizyon No	04
Revizyon Tarihi	01.03.2021
Sayfa No	Sayfa 1/2

Bilgilendirme

Tedavisi mümkün olmayan diş; aşırı madde kaybı, ağızda kalmış kökler, kanal tedavisi uygulanamayan veya uygulanıp başarısız olan dişler, sallanan dişler, protetik amaçlı destek olamayacak dişler, ortodontik tedavi amaçlı çekim yapılabilir.

Kullanılan İlacın Önemli Özellikleri: Lokal anestezi sonrası bu bölgede 1-4 saat ağrı duyulmaz, konuşma, çiğneme, yutkunma, tat alma sorunları yaşanabilir.

İşlemin Riskleri-Komplikasyonları:

1. Diş çekimi sırasında ve sonrasında ağrı, diş kökünün kırılması,
2. Diğer komşu anatomik boşluklara diş ya da diş kökünün kaçması,
3. Çene eklem rahatsızlıkları, sinir hasarı, Ağızda mevcut protetik yapıların zarar görmesi,
4. İlaçlara veya anestezi maddelere karşı reaksiyon gelişmesi,
5. Çekim sonrasında ödem, ağız açmada kısıtlılık,
6. Çekim yapılan bölgede yumuşak dokuda (yanak, dudak vb.) morarma, çekim yapılan bölgede kanama,
7. Oral hijyen eksikliğine bağlı çekim bölgesinin enfeksiyonu,
8. Kalan kök parçasının yerinde bırakılmasını gerektiren durumlar söz konusu olabilir,
9. Rutin çekim yapılan dişlerde yaşanabilecek komplikasyonların ardında çekimin ameliyat ile sonuçlandırılması gerekebilir. Ek cerrahi işlem gerekebilir.
10. Hastanın mevcut sistemik durumuna bağlı olarak genel sağlık problemleri yaşanabilir. Senkop gelişebilir. Kimlik bilgileri gizli tutularak klinik fotoğraflar çekilebilir ve teşhis, bilimsel, eğitimsel ve araştırma amaçlı kullanılabilir.

İşlemin Tanımı ve Beklenen Faydaları: Ağrı, enfeksiyon odakları, kronik apseler ortadan kaldırılır, protetik ve ortodontik tedaviler için ağız hazırlanır. Enfeksiyonun vücudun diğer organlarına yayılarak zarar vermesi engellenir.

➤ **İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar:** İşlem sonrasında ağrı, şişlik, enfeksiyon, hafif, orta ve yüksek derecede ağrı, apse, kist, tümör, tümör ve kist büyümesine bağlı çenede fraktür (kırık), sinirde parestezi (uyuşukluk) gibi komplikasyonlar oluşabilir.

➤ **İşlemin Tahmini Süresi:** Tedavi süresi hastanın durumuna göre 20 dakika ile 1 saat arası değişebilir. Karşılaşılabileceğiniz sıkıntılı bir durumda önerilerine başvurmak üzere hekiminizle iletişime geçiniz.

➤ **İşlemin Kim Tarafından Yapılacağı:** Kliniğimizde hasta tedavileri, Diş Hekimi adayı (Stj. Dt.), Diş Hekimi, Doktora/Uzmanlık öğrencisi ve Öğretim Üyesi tarafından yapılmaktadır.

➤ **Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği:** İşlemi yapan kliniğe başvurarak tekrar kontrol ve müdahaleleri yaptırabilirsiniz.

➤ **İşlemin Alternatifi:** Yoktur.

➤ Bulaşıcı Hastalıkların (Covid-19, Hepatit B/C, HIV, vb.) Yaratdığı Riskler

Hastanemiz; Covid-19 başta olmak üzere tüm enfeksiyon hastalıklarının bulaş riskini azaltmak amacıyla, Sağlık Bakanlığınca belirlenen zorunlu tüm önlemleri uygulamakta ve takip etmektedir. Şu an için herhangi bir belirtiniz olmasa da, Hastanemize müracaatınızdan önce bu virüslerden birini/birkaçını kapmış olabilirsiniz. Kliniğimizde tüm sağlık tedbirlerinin alınmasına rağmen (Covid-19 enfeksiyonunda asemptomatik taşıyıcılığın da söz konusu olması nedeniyle), kliniğimize başvurduğunuz andan itibaren ve asıl sağlık sorunuza yönelik yapılacak muayene, tanı ve tedavi işlemleri sırasında söz konusu enfeksiyonlarla bulaş riskinizin olabileceği bilgisini paylaşmak istiyoruz. Enfeksiyonun bulaşma riskini öğrendikten sonra sunulacak sağlık hizmetine rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.

	T.C. D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ AĞIZ DİŞ ÇENE CERRAHİSİ A.D. DİŞ ÇEKİMİ İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman No	HD.RB.03
		Yürürlüğe Gir.Tar.	09.02.2015
		Revizyon No	04
		Revizyon Tarihi	01.03.2021
		Sayfa No	Sayfa 2/2

Yukarıda anlatılan zararlı sonuçları da göze alarak, başkaca açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bölümünüz kliniğinde girişimsel işlem yapılmasına kendi özgür irademle izin veriyorum.

İşlem Yapılan Kişinin Onayı

Yapılan tedavi hakkında ve sonrasında yapılması gereken ağız bakımı konusunda yazılı ve sözlü olarak bilgilendirildim ve bu tedaviyi yapmayı kabul ettim.

Yukarıda yazılanların hepsini okuduğumu ve anladığımı, bütün sorularımın cevaplandığını onaylarım.

İLGİLİ KİŞİ	ADI-SOYADI	TARİH/SAAT	İMZA
Hasta			
Hastanın Yasal Temsilcisi (*)			
Tercüman (kullanılması halinde)			
İşlemi Yapan Hekim ve Ünvanı	☐ Stj. Dt.		
	☐ Dt.		
	☐ Dr.		

* Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz).