

	T.C. D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ ENDODONTİ A.D. İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman No	HD.RB.01
		Yürürlüğe Gir.Tar.	09.02.2015
		Revizyon No	04
		Revizyon Tarihi	01.03.2021
		Sayfa No	Sayfa 1/2

BİLGİLENDİRİLEN KONULAR :

Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Kanal tedavisini takiben meydana gelme ihtimali olan sorunlar;

- **İşlemin Riskleri-Komplikasyonları:** Endodontik tedavi öncesinde yapılacak olan anesteziye bağlı olarak alerjik ve toksik reaksiyonlar,
- Geçici yüz felci gibi istenmeyen durumlar,
- İşlem sırasında sert ve yumuşak dokularda yaralanma,
- Çene eklemine çikması,
- Kanal tedavisinde kullanılan aletlerin hastadaki ani refleksler sonucu yutulması,
- Kron veya kök perforasyonları,
- Kök kanalı içinde alet kırılmaları,
- İrrigasyon solüsyonunun dişin kök ucundan dışarıya taşması,
- **Kullanılan İlacın Önemli Özellikleri:** Lokal anestezi sonrası bu bölgede 1-4 saat ağrı duyulmaz, konuşma, çiğneme, yutkunma, tat alma sorunları yaşanabilir.
- **İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar:** İşlem sonrasında ağrı, şişlik, hafif, orta ve yüksek derecede ağrı gibi komplikasyonlar oluşabilir.
- **İşlemin Alternatifleri:** Tedaviye başlanan dişin tedavi sürecindeki durumuna bağlı olarak gerekli görüldüğünde ilgili dişin çekimi veya tedavi sonrası ileri cerrahi işlemleri (apikal rezeksiyon) için hastanın cerrahi bölümüne sevkı söz konusu olabilir.
- 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.

İşlemin Tahmini Süresi: Dişin durumuna bağlı olarak seansların 1 ile 3 saat arasında değişmesi, bir seanstan fazla sürebileceğinden diğer seanslar için tekrar randevu verilmesi, ara seanslarda kullanılan geçici dolgu maddesinin düşmesi, dişin kırılması ve eski mevcut protezlerin kullanılmaması söz konusu olabilir. Kliniğimizde yapılan her türlü işlem sonrası hekim önerilerine kesinlikle uyulmalı, verilen randevulara düzenli gelinmelidir.

İşlemin Tanımı ve Beklenen Faydaları: Canlı dişlerin veya canlı olmayan dişlerin içindeki damarların ve sinirlerin kanal aletleri kullanılacak diştan uzaklaştırılması işlemidir.

➤ **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 sorununuza 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.

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.

	T.C. D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ ENDODONTİ A.D. İÇİN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman No	HD.RB.01
		Yürürlüğe Gir.Tar.	09.02.2015
		Revizyon No	04
		Revizyon Tarihi	01.03.2021
		Sayfa No	Sayfa 2/2

İşlem Yapılan Kişinin Onayı

Yapılan tedavi hakkında ve sonrasında yapılması gereken kurallar 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).