

	T.C. D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ ADÇR A.D. HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman No	HD.RB.06
		Yürürlüğe Gir.Tar.	09.02.2015
		Revizyon No	02
		Revizyon Tarihi	02.01.2019
		Sayfa No	Sayfa 1/1

RADYOGRAF ÇEKİMİ :

İşlemin Tanımı ve Beklenen Faydaları: 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.

1. Dişeti hastalığı nedeniyle oluşan kemik kaybı hakkında bilgi verir.
2. Kök kanalındaki sorunların görüntülenmesini sağlar.
3. İmplant hazırlığı ve yerleştirilmesinde, ortodontik tedavinin başında ve süresince yararlı ve gereklidir.
4. Kemik ve yumuşak dokudaki kist, tümör gibi patolojilerin belirlenmesinde yardımcıdır.
5. Yapılan tedavilerin kontrolünde görüne bilirlik sağlar.
6. Çocukların ağızındaki diş gelişimi ve büyümeleri hakkında bilgi verir.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar: Diş hekimi tedavi planı uygulayamaz.

İşlemin Tahmini Süresi: Çekim süresi hastanın hazırlanma durumuna göre intraoral ve extraoral filmler için ortalama 5 dakika ile 10 dakika arasında değişebilir.

Varsa İşlemin Alternatifleri: İşlemin alternatifi yoktur.

İşlemin Kim Tarafından Yapılacağı: Uygulama Radyoloji Teknisyeni/Teknikeri tarafından yapılacaktır.

HAMİLELERDE RADYOGRAFİ ALINMASI :

Hamilelerde radyografi zorunlu oldukça 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.

ONAY :

- ✓ Yapılacak her türlü tıbbi görüntüleme işlemine,
- ✓ Öğretim elemanları denetiminde stajyer diş hekimlerinin röntgen çekimlerinde yer almasına,
- ✓ Herhangi bir sistemik hastalığım mevcutsa bunu hekimime bildireceğimi ve hekimimin bu konuda yapacağı konsültasyon işlemlerini kabul edeceğimi,
- ✓ Hamile isem, doktorlara ve röntgen teknisyenlerine hamilelik durumumu belirteceğimi,

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

İşlem Yapılan Kişinin Onayı

Radyograf alınmasını kabul etmeme hakkımın olduğunu, bu durumda tam bir teşhis konulamayacağını, hekimimi sorumlu tutmayacağımı anlıyor ve kabul ediyorum.

Tarih:...../...../..... Saat:

İLGİLİ KİŞİ	ADI SOYADI	İMZA
Hasta		
Hastanın Yasal Temsilcisi (*)		
Çekimi Yapan Teknisyen/Tekniker		
İsteği 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).

Onay