

	T.C. D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ ADÇR A.D. DENTAL VOLUMETRİK TOMOGRAFİ İSTEK HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	Doküman No	HD.RB.05
		Yürürlüğe Gir.Tar.	09.02.2015
		Revizyon No	02
		Revizyon Tarihi	02.01.2019
		Sayfa No	Sayfa 1/1

DENTAL VOLUMETRİK TOMOGRAFİ İSTENİLEN BÖLGE VE İSTEME NEDENİ

ALT ÇENE	☐	LEZYON	☐	FRAKTÜR	☐	KİSTİK YAPI	☐
ÜST ÇENE	☐	GÖMÜLÜ DİŞ	☐	ORTODONTİK AMAÇLI	☐	TÜMÖRAL YAPI	☐
TME	☐	İMLANT PLANLAMA	☐	PARANAZAL SİNÜSLER	☐	DDY	☐

DENTAL GÖRÜNTÜLEME ANEMNEZ :

1. Daha önce röntgen filminiz çekildi mi?

Panoramik ☐ Periapikal ☐ Tomografi ☐ Diğer ☐

2. Radyolojik tetkik açısından bilinmesi gereken genel sağlık sorunlarınızı belirtiniz?

Hamilelik ☐ Radyoterapi ☐ Diğer ☐

İşlemin Tanımı ve Beklenen Faydaları: Kliniğimizde radyografik olarak iki boyutta görüntülemenin yetersiz kaldığı durumlarda baş-boyun bölgesinin 3 boyutlu görüntülenmesinin sağlanabildiği dental volümetrik tomografi cihazı da kullanılmaktadır. Bu tomografi x-ışını kullanılarak vücudun incelenen bölgesinin kesitsel görüntüsünü oluşturmaya yönelik radyolojik teşhis yöntemidir.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar: Diş hekiminin tedavi planı uygulanamaz.

Varsa İşlemin Alternatifleri: İşlemin alternatifi yoktur.

Dental volümetrik tomografi diğer x-ışın incelemelerine göre bazı avantajlara sahiptir :

- ✓ Özellikle kemikler ve çevredeki sert dokuların yerleşimini oldukça net gösterir.
- ✓ Kist ve tümörlerin ayırıcı tanısında yardımcı olarak hastaların daha iyi değerlendirilmesini sağlar.
- ✓ Direkt grafilardan çok daha ayrıntılı görüntüler oluşturur.

İşlemin Tahmini Süresi: Dental Tomografi çekim süresi 15 dakida ile 25 dakika arasında değişebilir.

İşlemin Kim Tarafından Yapılacağı: Uygulama Radyoloji teknisyeni/teknikeri tarafından yapılacaktır.

Hekimimden diş sağlığımın durumu ve dental volumetrik tomografi incelemesi gerekliliği hakkında yeterli ve tatminkar açıklamaları duydum. Hamile isem beni muayene eden doktora veya radyolojik tetkikleri uygulayan radyoloji teknikerine hamilelik durumumu ve herhangi bir sistemik hastalığım mevcutsa bunu bildireceğimi belirteceğimi kabul ediyorum. Eğitim ve bilimsel amaçlı olarak hastaların kimlik bilgileri gizli tutularak fotoğraf, röntgen veya video görüntüleri alınabilir, klinik ve radyolojik verileri bilimsel, eğitim veya araştırma amaçlı kullanılabilir.

İşlem Yapılan Kişinin Onayı

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

İLGİLİ KİŞİ	ADI SOYADI	İMZA
Hasta		
Hastanın Yasal Temsilcisi (*)		
Çekimi Yapan Teknisyen/Tekniker		
İsteği Yapan Hekim ve Ünvanı	☐ 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