**BİLMENİZ GEREKENLER**

Çocuk diş hekimliğinde tedavi yapılacak hastaların vasisi/velisinin genel sağlık durumları ile ilgili olarak (alerji, geçirilmiş bulaşıcı olma riski bulunan hastalıklar, devam eden tedaviler, kullanılmış ve/veya kullanılmakta olan ilaçlar, geçirilmiş olan ameliyatlar vb.) hekime bilgi vermesi zorunlu olup, bu bilgiler ışığında yapılacak olan tedavinin engellenmesi ya da olumsuz olarak etkilenmesi söz konusu olacak ise tedavi öncesi hekim tarafından ilgili hastalık ve/veya ilaç kullanımı ile ilgili bir takım tetkik ve ilgili doktorlardan görüş istenebilir.

Çocuk hasta diş tedavisi süresince kafasını, el ve/veya ayaklarını hareket ettirerek diş tedavisinin güvenli şekilde yapılmasını engelleyebilir. Bu durumda ağız içindeki yumuşak dokularda (dudak, yanak, dil) yaralanmalar meydana gelebilir. Bu tarz davranışlar ortaya çıktığında diş hekimlerinin ve yardımcılarının hastanın ellerini tutması, kafayı sabitlemesi ve/veya bacak hareketlerini engellemesi gerekebilir. Ayrıca diş hekimi, çocuğun kendisini bir otorite olarak görmesini ve tedaviye kolaylaştırabilecek düzeyde yardımcı olmasını sağlamak amacıyla değişik ses tonlamaları kullanılabilir. Çocuk ile hekim arasındaki iletişimin sağlıklı bir şekilde kurulabilmesi için velilerin bekleme salonuna davet edilmesi gerekmektedir. Hekim gerekli gördüğü durumlarda veliyi tekrar çağırabilir. Yapılan tedavilerin başarısında hastaların ve velilerinin hekim ile işbirliği içerisinde ve uyumlu olmalarının etkisi büyüktür.

Hastanın diş tedavisi sürerken, ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Değişiklikler söz konusu olduğunda tarafımızdan bilgilendirileceksiniz.

**Lokal Anestezi:** Diş tedavileri esnasında ağrıyı azaltmak için gerekli görüldüğünde hekim tarafından uygulanır. Lokal anestezi uygulanan hastalar şu hususlara uymalıdırlar. Lokal anestezinin etkisi geçene kadar çiğneme gerektirecek katı gıdalardan uzak durunuz. Farkında olmadan dilinizi, dudağınızı ve yanağınızı ısırabilirsiniz. Zorunlu hallerde beslenme ihtiyacınızı sıvı besinlerle gideriniz. Anestezi yapılan yer tedavi yapıldıktan sonra ağrı yapabilir, bir süre sonra geçecektir. Lokal anestezi sonrası bu bölgede 1-4 saat ağrı duyulmaz, konuşma, çiğneme, yutkunma ve tat alma sorunları yaşanabilir.

**1. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

* Çürüğün ilerlemesinin engellenmesi, sıcak soğuk hassasiyetinin, estetik kaygının, iki diş arasında gıda birikmesi gibi sorunların giderilmesi ve dişin çiğneme fonksiyonuna kavuşması beklenir.

**2. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

* Çürük ilerler, apse gelişebilir. Kanal tedavisi veya çekim gerekebilir.

**3. VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

* İşlemin alternatifi bulunmamaktadır.

**4. İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI**

* Derin çürüklerde hastanın çok belirgin şikayetleri olmasa bile dişin siniri açığa çıkabilir.
* Çürüğün sinire uzaklığına göre dolgudan sonra soğuk sıcak hassasiyeti olabilmektedir. Su içerken dahi ilk zamanlar aşırı hassaslık olabilir.
* Birkaç ay ya da daha kısa sürede bu şikayet azalabilir ya da artabilir. Şikayetlerin artması dolgu altında çürük bırakıldığı için değil; sinirin uyaranlar etkisinden kaynaklanmaktadır. Bu durumda kanal tedavisi yapılır. Her dolgu yapımından sonra az ya da çok oranda kanal tedavisi ihtimali vardır.
* Kanal tedavisi yapılamayacak kadar kötü durumdaki dişler ise çekilir.
* Süt dişlerine yapılan dolgu alttan daimi dişin çıkmasına engel teşkil etmez.
* Dolgu yapılırken çalışmaya bağlı olarak dudaklarda ve ağız köşelerinde çatlak ve yırtıklar, şişlikler, morarma ile çene ekleminde ağrı ve hassasiyet ortaya çıkabilir.
* Dolgu yapıldıktan sonra ağrı, apse, diş etinde kanama, dolgunun düşmesi ve dişte renk değişikliği olabilir.
* İşlem sırasında dolgu materyalin yutulması veya solunum yoluna kaçması görülebilir.

**5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

* Dişin ağızdaki konumuna, dolgu tipine, dişteki madde kaybına ve çocuğun uyumuna göre 20 ile 45 dakika arasındadır.

**6. TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER**

* Dolgu tedavisinden sonra en az 2 saat uyuşukluk geçene kadar herhangi bir şey yiyip içmeyiniz.
* Yapılan dolgunun kırılması ve düşmesi durumunda hasta hemen kliniğe başvurmalıdır.

**7. KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ**

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................... (Bu alan doktorunuz tarafından hastalığınızın durumuna göre doldurulacaktır.)

**8. HASTANIN TEDAVİSİ İÇİN ONAY**

Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum ve ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında bilgi edindim. Çocuğumun genel sağlık durumuyla ilgili gerekli bilgileri verdim. Hiçbir şeyi gizlemeden açıkça anlattım. Benden istenen gerekli tetkikleri tam olarak yaptırdım. Benimle ilgi olan tedavi ya da tedavilerin uygulanmasını, tedavi sırasında ya da sonrasında oluşabilecek tüm sorunların bilincinde ve benim sorumluluğumda olduğunu, çocuğumun olası bir durumda bir uzman tarafından tedavi edilmesini ya da başka bir hastanede tedavi görmesi gerekirse sevk edilmesini kabul ediyorum.

Uygulanacak tedavi/tedavilerin Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Pedodonti (Çocuk Diş) Kliniği’nde Prof. Dr., Doç Dr., Dr. Öğr. Üyesi, Öğr.Gör., Araş. Gör. ünvanına sahip hekimlerin gözetimi altında stajyer diş hekimleri tarafından yapılmasına; eğitim ve bilimsel amaçlı radyografi, fotoğraf ve video görüntülerinin alınmasına izin veriyorum.

**Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı, işlemi kabul ettiğinizi ‘OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM’ yazarak belirtiniz ve imzalayınız:**

**...........................................................................................................................................................................................................................................................................**

İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **İlgili Kişi** | **Adı-Soyadı** | **Tarih-Saat** | **İmza** |
|  |  |  |  |
| **Hasta /Hasta Yakını\*** |  |  |  |
| **Doktor** |  |  |  |
| **Tanıklık eden** |  |  |  |
| **Hastane İletişim** | 0416 225 19 20 | | |

*\**Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir.