**BİLMENİZ GEREKENLER**

 Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz. Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı’nda bilimsel gelişmeler doğrultusunda güncel modern tedaviler uygulanarak, her zaman kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak ve sunan hekimler yetiştirmek hedeflenmektedir.

 Diş dolgusu, çürümüş, kırılmış dişlerin fonksiyonel ve estetik bütünlüğünü sağlamak üzere yapılan işlemdir.

 Diğer hekimlerden konsültasyon istenebileceğini ve tedavi sürecine katılabileceği Teşhis yöntemi/girişim/tedavi sırasında bu işlemlerin bir parçası olarak lokal anestezi uygulanabileceği, tarafıma açıklandı.

**1. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

* Çürük, travma, rezorbsiyon ve farklı sebeplerle bütünlüğünü kaybetmiş dişlerin uygun dolgu maddesi ile yeniden bütünlüğün sağlanmasıdır.

**2. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

* Çürük ilaçla iyileştirilecek bir durum değildir**.** Bir çürük diş kanal tedavisine hatta dişin çekilmesine sebep olabilecek durumuna gelebilir. Ayrıca diş çürüğü bakterileri sistemik açıdan da önemlidir. Özellikle endokardit riski olan hastalar bu tedavilerini ertelememelidirler.

**3. VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

* Dolgular hastalıklı dişleri tedavi etmek için yapılır. Küçük bir ihtimalde olsa bu dişlerin tedavi esnasında veya sonrasında kanal tedavisi yapılması gerekebilir. Bazı dişler basit bir dolgu işleminden sonra dahi kanal tedavisine ihtiyaç duyabilir. Planlanan tedavi ve işlemler sırasında birtakım riskler ve komplikasyonlar meydana gelebilir. Bu riskler tedavi süresince ağrı ve rahatsızlık hissi, şişlik, enfeksiyon, kanama, yandaki dişte ve yumuşak dokuda yaralanma, temporomandibuler eklem bozukluğu, geçici veya kalıcı hissizlik ve alerjik reaksiyonlardır. Hastada mevcut olan bir sistemik hastalık, bir hastalığa bağlı olarak kullanmış olduğu herhangi bir ilacın yapılacak olan tedaviyi engellemesi ya da olumsuz olarak etkilemesi söz konusuysa, ilgili hastalık ve/veya ilaç kullanımı ile ilgili tedavi öncesi doktorunuzdan konsültasyon istenebilir.

**4. İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI**

* Ağrı
* Yemek yeme esnasında ve/veya ısı değişimlerine bağlı olarak oluşabilecek hassasiyet
* Dolgu yapılırken ya da yapıldıktan sonra dişin kırılması
* Diğer dişlere zarar verilmesi
* Çene eklemlerinde rahatsızlık
* İlaçlara veya anestezilere karşı reaksiyon
* **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.
* **Lokal Komplikasyonlar:** Anestezinin başarısızlığı, iğnenin kırılması, iğnenin yutulması veya aspirasyonu, damak mukozası nekrozu, amfizem, ağrı, hematom oluşması, fasiyal paralizi, geçici veya kalıcı paralizler, trismus, enfeksiyon.
* **Genel Komplikasyonlar:** Senkop, kardiyak arrest, hiperventilasyon, anaflaktik şok. Hekim tedaviye başlamadan önce herhangi bir tıbbi sorununuz, bulaşıcı hastalığınız veya kullanmış olduğunuz bir ilaç var ise mutlaka hekiminizi bilgilendirin.

**5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

* Tedavi süresi hastanın durumuna göre 20 dk ile 90 dk arası değişebilir.

**6. TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER**

* Amalgam dolgular 24 saat’te tam sertliğine ulaştığından, bu süre zarfında dolgulu dişin bulunduğu tarafta çiğneme yapmayınız.
* Diş renginde dolgu olarak adlandırılan Kompozit dolgular işlem esnasında hemen sertleştikleri için tedaviden hemen sonra ısırma ve çiğneme kuvvetlerine dayanıklıdırlar. Eğer işlem esnasında lokal anestezi (iğne) uygulanmadıysa ve hekiminiz aksi bir durum belirtmediyse tedaviden sonra beslenmenizde bir sakınca yoktur. Ancak anestezi uygulandıysa hekiminizin tavsiyelerine uyun.
* Ön dişlerinize yapılan dolgular her ne kadar tedavi esnasında sertleşse bile doğal dişleriniz kadar kuvvetli değildirler. Bu sebeple ön dişlerinizle aşırı sert gıdaları kırmaya ve koparmaya çalışmayınız.
* Dolgu yapıldıktan sonra sıcak-soğuk-tatlı gıdalara karşı **aşırı** duyarlılık olursa (Şiddetli ağrı veya apse gelişirse) ya da dolgunuzda kırılma olduğundan şüphelenirseniz kliniğimize başvurunuz. Bunun dışında tedavi sonrasında görülen hafif sızlama tarzı ağrılar olması normaldir. Dolgunuz ile ilgili herhangi bir rahatsızlık durumunda lütfen doktorunuzla iletişime geçiniz.
* Diş kontrollerinizi en geç 6 ayda bir yaptırmanız gereklidir.
* Dişlerinizi günde en az iki defa özelliklede gece uyumadan önce itina ile fırçalamayı unutmayınız.

**7. KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ**

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... (Bu alan doktorunuz tarafından hastalığınızın durumuna göre doldurulacaktır.) Kanama durdurucu ajanlar, antienflamatuar ajanlar, dolgu materyali, gerekli durumlarda kullanılabilir. Bu ajanların içeriğindeki etken maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir.

**8. HASTANIN TEDAVİSİ İÇİN ONAY**

 Uygulanacak tedavi/tedavilerin Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Restoratif (Dolgu) 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.