|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TEŞHİS | TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ | | PLANLANAN TEDAVİ |
|  | 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 |  |
| 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 |

**BİLMENİZ GEREKENLER**

* **Kanal Tedavisi:** Derin çürükler, önceden olan dolgular veya kronlar altında tekrar eden çürükler, dişlere dolgu ve kron yapılması sonrasında hastanın şikayetlerinin geçmemesi, travma sonucunda dişlerde oluşan kron/kök kırıkları hastanın çiğneme alışkanlıkları ve diş gıcırdatma gibi fonksiyon dışı hareketler sonucunda diş pulpalarının (canlı dokusu) hasar görmesi, ilerlemiş dişeti hastalıkları veya dişeti operasyonları sonrasında pulpa hasarı pulpanın canlılığını kaybettiğinin belirlenmesi kanal tedavisinin gerektiği durumlardandır. Çürüğün sinire kadar ulaşması ya da travma sonucunda kırılan dişte açığa çıkan sinir dokusunun köklerdeki siniri de kapsayarak çıkarılması ve yapay maddelerle dişin doldurulması işlemidir. İşlem sonucunda ısırmada ağrı duyulabilir. Bu durum geçici bir durumdur. Süresi kişiden kişiye değişebilir.
* Endodontik tedavi dişin durumuna bağlı olarak birkaç seans sürebileceğinden, ara seanslarda kullanılan geçici dolgu maddesinin düşmesi veya dişin kırılması söz konusu olabilir. Bu gibi durumlarda hekim bilgilendirilmeli ve acil randevu talep edilmelidir. Kliniğimizde yapılan her türlü işlem sonrası hekim önerilerine kesinlikle uyulmalı, verilen randevulara düzenli gelinmelidir.
* **Dolgu**: Çürük veya kırık nedeniyle ortaya çıkan diş dokusu kayıplarının dolgu materyalleri ile yerine konarak diş sağlığının ve bütünlüğünün geri kazandırılmasıdır. Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.
* **Radyografi Çekimi**: Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için röntgen çekilmesi gerekebilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır.
* **Lokal Anestezi:** Tedaviler esnasında ağrı kontrolü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestezik madde (sprey) ile diş eti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuştuğunda anestezik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Lokal Anestezi Uygulaması, bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar olmadığı sürece başarılı bir uygulamadır. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-4 Saat boyunca hissizdir. Bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. 2-4 saat sonra anestezik maddenin etkisi ortadan kalkar.

**1. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

* Ağrı şikâyetlerini gidermek, Çürümeyi durdurarak olası diş çekimini önlemek
* Çiğneme fonksiyonunu kazandırmak
* Mevcut estetik görünümü artırmak
* Enfeksiyonun yayılımını engellemek

**2. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

* Fonksiyon kaybı, Estetik bozukluk, Ağız kokusu, Diş kaybı
* Mevcut ağrı ve şikâyetlerinin devam etmesi veya artması
* Tedavi edilemez duruma gelindiğinde dişin çekilmesi,
* Çekilen dişin yerine protez yapılmasının gerekmesi
* Enfeksiyonun yayılması

**3.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

* Diş çekimi

**4. İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI**

* Diş çürüğü temizlenirken veya kanal tedavisi sırasında dişte perforasyon
* Kanal aletinin kanal içerisinde veya dışında kırılması,
* Kanal aletinin yutulması veya soluk borusuna kaçması
* Kanal dolgu maddesinin ve yıkama solüsyonlarının dişin kök ucundan taşması sonucu; üst çene burun boşluğuna (maksiller sinüs) taşarsa maksiller sinüste hasarlar oluşması
* Alt çene sinir kanalına (mandibular ve mental sinirlere) taşarsa; dudakta uzun süren uyuşukluk hissi gibi sinir hasarları meydana gelmesi,
* Kanal yıkama solüsyonlarının çevre dokulara ve ağız içine teması nedeniyle ağız içinde yanma, kızarıkların oluşması veya kalıcı hasarlar oluşması riski,

* Kanal tedavisi seansları arasında veya sonrasında; ağrı ve yüzde veya ağız içinde şişlik oluşması, dişin çekimini gerektirecek kırıklar oluşması,
* Kanal tedavisi seanslarının uzun sürmesi sonucu eklemde ağrı ve/veya çene ekleminin çıkması
* Döner aletlerle çalışılması sırasında hastanın ani hareket yapmasıyla dil, dudak ve yanak yaralanmaları
* Kanal dolgu yapım işleminden sonra bir süre ağrı, yemek yeme sırasında ve ısı değişikliklerinde hassasiyet
* Kanal tedavisi bittikten sonra, başarısız olması durumunda; kanal tedavisinin yenilenmesi, kök ucu cerrahisi ve nihayetinde diş çekimi gerekmesi.
* Antibiyotik, analjezik ve diğer lokal anestezik ilaçlara bağlı olarak kızarıklık dokuda şişlik, kaşıntı, bulantı ve çok nadir de olsa anaflaktik şok gibi yan etkileri oluşabilir.

**5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

* Kanal Tedavisi, tek seans ortalama 1,5 saattir. İşlemin kaç seans olacağına dişinizin durumuna göre ( dişteki enfeksiyona bağlı olarak ) diş hekiminiz karar verecektir. Her bir seansın arası ise minimum 2-3 gündür. Dolgu işlemi için Tahmini süre 30- 40 dakikadır.

**6. TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER**

* Aneztezik maddelerle insan vücudundaki sinirlerin, belirli bir bölgesinin duyu iletiminin geçici süre ile engellenmesi olarak kısaca tarif edilebilir. Diş hekimliğinde kullanılan lokal anestezi sonucu oluşan his kaybı süresi, kullanılan anestezik maddeye, anestezinin uygulandığı bölgeye ve kişinin anatomik yapısına göre, 1-4 saat arasında değişiklik gösterir. Anestezi sonucu fasiyal paralizi (geçici yüz felci), amfızem (yüzde şişlik), hematom (yüzde kızarma, morarma) gibi komplikasyonlar oluşabilir. Bu durumlar geçici olup endişe edilmesine gerek yoktur. Anestezi sonucunda ayrıca alerjik reaksiyon (anafılaktik şok) oluşabilmektedir. Bu durumda acil müdahale edilmesi gerekmektedir.
* Bunun için hastanın herhangi maddeye alerjisi olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce veya hekim reçete (ilaç) yazacağı zaman söylemesi gerekmektedir.
* Diş Hekimliği Fakültesinden taburcu olurken doktorunuz tarafından size reçete edilen ilaçları mutlaka aksatmadan kullanınız. Doktorunuzun aşağıda yazdığı önerilere uyunuz:
* Varsa anestezinin (uyuşukluk) etkisi geçtikten sonra yemek yenilebilir. Tedaviden sonra dişte bir süre daha hafif hassasiyet olabilir.
* Ağrı kesici kullanılması gerekebilir.
* Dişte belirtilerin yeniden oluşması veya devam etmesi, şişlik oluşması, dolgunun kırılması gibi durumlarda hasta kliniğimize tekrar başvurmalıdır. Hekim gerekli görürse kontrol seanslarına çağırabilir.
* Dişin üst restorasyonu tamamlanmadan sert besinleri çiğnemekten kaçınılmalıdır

**7. KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ**

............................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................. (Bu alan doktorunuz tarafından hastalığınızın durumuna göre doldurulacaktır.) Antibiyotik analjezik ve diğer lokal anestezik ilaçlara bağlı olarak kızarıklık dokuda şişlik, kaşıntı, bulantı ve çok nadir de olsa anaflaktik şok gibi yan etkileri oluşabilir.

**8. HASTANIN TEDAVİSİ İÇİN ONAY**

Uygulanacak tedavi/tedavilerin Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Endodonti Kliniği’nde Prof. 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.