|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Açıklama: Açıklama: http://adiyaman.edu.tr/content/image/adyu-logo.png | **ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ – (ADYÜ)****Diş Hekimliği Uygulama Ve Araştırma Merkezi****Protetik Diş Tedavisi ABD****Sabit Protez Hasta Bilgilendirme Rıza Belgesi** |  |
| Doküman Kodu:H.HB.RB.17 | Yayın Tarihi02.11.2023 | Revizyon Tarihi:00 | Revizyon No.00 | Sayfa No:1/2 |

 **BİLMENİZ GEREKENLER**

 Diş çürüğü ve kırığı gibi ileri derecede madde kaybı olan dişler ve şekil, boyut ve renk sorunu olan dişlerden başka, herhangi bir nedenle diş veya dişlerin kaybında yapılan, hasta tarafından takılıp çıkarılamayan ve diş/dişler üzerine yapıştırılan protez türüdür. Sabit protezler dental altın, metal destekli porselen, tam porselen gibi maddeler ile yapılabilir ve beraberinde protez bağlantı parçaları da kullanılabilir. Ayrıca çeşitli post-core (kanal vidası), inley ve onley uygulamaları da vardır. Protezler, hem klinik hem de laboratuvar işlemlerini bir arada yürüterek hazırlanır. Tek randevuda bitirilemez.

 **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**

* Herhangi bir nedenle diş/dişler ve ağız dokuları kaybedilebilir.
* Yerlerine, çeşitli malzemeler kullanılarak protezler hazırlanır.
* Hastaya çiğneme ve konuşma işlevleri, estetik, rahatlık ve sağlığı kazandırılır. Ayrıca, çene eklemlerinin rahatsızlıkları ve tedavisi de protetik diş tedavisi kapsamında değerlendirilir ve tedavi edilir.

**2. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

* Çiğnemede ve konuşmada güçlük ayrıca estetik problemler ve diş kaybı oluşabilir.

**3.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

* Hasta diş eksikliğinden şikayetçi değil ise protez yapılmadan durabilir.

**4. İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI**

* Sabit protezler (kaplamalar) tek dişe (kron) ya da birden fazla dişe bağlantılı (köprü) yapılabilir. Kaplamalar ve/veya köprüleri mevcut diş veya dişlere bağlayabilmek için, diş yapısının belli kurallara göre küçültülmesi ve ilk aşamada, ilgili canlı dişlere lokal anestezi yapılması gerekir. Anestezi sonucu zaman zaman şişlik, çene kaslarında hassasiyet veya dil, dudaklar, çeneler ve/veya yüz dokularında genellikle geçici, nadiren daimi hissizlik olabilir. Küçültme işleminden sonra dişlerde hassasiyet meydana gelebilir.
* Dişleri küçültme işlemi geri dönüşümsüz bir işlemdir ve hayat boyu kaplama yapılmasını gerektirir. Kanal tedavisi yapılmış (cansız) ve kronlanması gereken dişlerde ise, diş yapısını kuvvetlendirmek için post-core uygulaması gerekebilir. Yeniden oluşturulmuş diş yapısı aynı kurallar dahilinde küçültülür. Ancak bu vidalar zamanla çeşitli nedenlere bağlı kırılabilir, bu durumda dişe herhangi bir müdahale mümkün olmayabilir ve dişin çekimine karar verilebilir. Küçültme işlemi tamamlandıktan sonra size uygun kaplamanın yapılması için ölçü alınır. Bu işlem sırasında dişetlerine adrenalin içeren iplikler yerleştirilir. Bu nedenle yüksek tansiyon, kalp rahatsızlığı gibi genel sağlığınız ile ilgili bir sorun varsa önceden hekiminizi uyarmanız gerekir. Ölçü işlemi tamamlandıktan sonra kesilen dişlerinizin üzeri geçici olarak kaplanır. Bu işlem tedaviniz tamamlanana kadar dişlerinizin soğuk ve sıcak gibi etkenler nedeni ile hassasiyet duymaması için yapılır. Beraberinde geçici de olsa, çiğneme fonksiyonu ve estetiğiniz sağlanır. Geçici kaplamalar yapıldıktan sonra size önerilen tedaviye göre, hekiminiz sizi bir başka randevuya çağırır.
* Randevulara gelmemeniz halinde yapılan kaplama dişinize uymayacak ve yeni bir tedaviye başlamak gerekecektir.
* Bu durumdan hekiminiz sorumlu değildir ve yeni oluşan bu tedavinin tüm masrafları tarafınızdan karşılanır.
* Hekiminiz tarafından size önerilen madde ile kaplamalarınız bitirilir. Ağızda uygunluğu kontrol edilir ve yine hekiminizin önerisine göre geçici ya da kalıcı olarak dişlerinize yapıştırılır. Diş hassasiyeti, protezler yapıştırıldıktan sonra kısa bir süre veya uzun süre devam edebilir. Dirençli bir hassasiyet var ise, kaynağı başka yerler olabilir. Geçici olarak yapıştırılan kaplamalar için size önerilen randevuya gelmeniz gerekmektedir. Size verilen randevuya gelmemeniz halinde kaplamanın çıkması, buna bağlı olarak kırılması veya yutulması durumundan hekiminiz sorumlu değildir. Bir sonraki randevuda kaplamanız kalıcı olarak yapıştırılacaktır.
* **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**

* Sabit Protez Tedavisi, tek seansı protez yapılacak diş sayısına göre değişmektedir. Dişlerin küçültme işlemi dişlerin durumuna göre birkaç saat ile birkaç gün arasında sürebilmektedir. İşlemin kaç seans olacağına işlemin çeşidine göre diş hekiminiz karar verecektir. Her bir seansın arası ise minimum 7(yedi) iş günüdür.

**6. TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER**

* Doktorunuz tarafından size reçete edilen ilaçları mutlaka aksatmadan kullanınız. Doktorunuzun önerilere uyunuz.
* Dişler ve protezler düzenli olarak fırçalanmalıdır.

**7. KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ**

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

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

**8. HASTANIN TEDAVİSİ İÇİN ONAY**

 Uygulanacak tedavi/tedavilerin Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma MerkeziProtetik Diş Tedavisi Kliniği’nde Pof. 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.