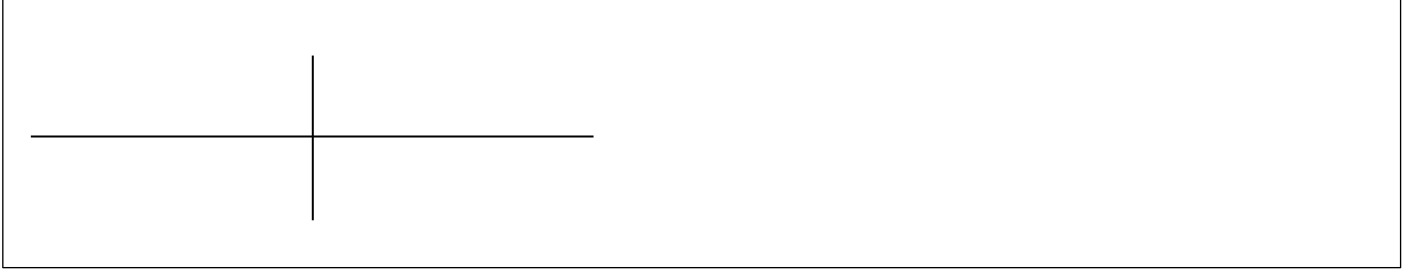


FİSSÜR ÖRTÜCÜ, FLOR UYGULAMASI BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

Kliniğimizde Diş Hekiminiz tarafından muayene edildiniz. Yapılan muayene sonucuna göre uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Yapılacak uygulamalar esnasında ani hareketlerden kaçınılması, hekimin yönlendirmelerine uyulması gerekmektedir. Aksi takdirde dil, dudak, yanak içi, yumuşak dokular ve diğer dişlerde hasar meydana gelebilir, cerrahi işlem gerekebilir. Kullanılan malzeme ve materyallerin, solüsyonların yutulma ve hava yoluna kaçma riski olup, acil tıbbi yardıma ihtiyaç duyulabilir. Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik hastalıklarını (kalp, şeker, tansiyon vb.), bulaşıcı hastalıklarını (hepatit, aids, tüberküloz vb.), varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması zorunludur. Mevcut sistemik bir hastalık varlığında, hastalığınız ile ilgili tedavi gördüğünüz tıbbi birimden konsültasyon istenebilir.

PLANLANAN TEDAVİLER



BİLGİLENDİRME

RADYOGRAFİ (RÖNTGEN)

Teşhis amaçlı, tedavi başlangıcında, tedavi sürecinde ve kontrol amaçlı, diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için röntgen çekilmesi gerekebilir. Röntgen gerekli olup da çekilmezse radyolojik olarak teşhis-kontrol işlemi yapılamaz. 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. Gerektiğinde aynı konuda dental radyoloji hizmeti veren bir kuruluştan da yardım alınabilir.

FİSSÜR ÖRTÜCÜ

Dişlerin çiğneyici yüzlerinde oluklar bulunmaktadır ve bu alanlar kolay temizlenemeyen ve çürüğe yatkın kısımlar olarak nitelendirilmektedir. Bu bölgeler, şeffaf, renkli veya beyaz fissür örtücülerle örtülerek çürük oluşumu engellenmeye çalışılır. Bazı durumlarda bu oluklarda öncesinde hafif bir aşındırma uygulanarak işlem uygulanabilir. İşlemin tahmini süresi yaklaşık 5-15 dakikadır.

FLOR UYGULAMASI

Flor uygulaması; diş yüzeylerine flor içeren preparatların cila şeklinde sürülmesi veya jel formundaki preparatın ölçü kaşığı aracılığı ile çenelere uygulanarak dişin dayanıklılığının artırılması işlemidir. İşlemin tahmini süresi yaklaşık 5-10 dakikadır.

Bu uygulamalarda dişte çürük oluşumunun engellenmesi amaçlanır. Ancak bu işlemler çürüğe karşı tek başına yeterli olmayıp, mutlaka düzenli diş fırçalama ile desteklenmelidir.

Tedavi Yapılmazsa; diş dokusunda geri dönüşü olmayan mineral kaybının görülmesi ile diş çürüğü oluşabilir.

OLASI KOMPLİKASYONLAR

- Yeterli ağız bakımının sağlanmadığı durumlarda, dişlerde yeniden çürük oluşabilir.
- Sert yiyeceklerle fissür örtücüler kırılabilmekte ve bu bölgeler yiyecek artıklarının tutunmasına daha yatkın bölgeler haline gelmektedir. Dolayısıyla bu dişlerde çürük oluşma riski artabilmektedir.
- Uygulanan **flor** preparatlarını fazla miktarda yutması; bulantı, kusma ve/veya vücutta aşırı flor birikimine neden olabilir.

FİSSÜR ÖRTÜCÜ, FLOR UYGULAMASI BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

ONAY

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Diş hekimim ağız-diş hastalığımin ne olduğunu, tedavinin neden gerektiğini, içerdiği riskleri, oluşabilecek problemleri, alternatif yöntemleri, tedavi sonrasında oluşabilecek değişiklikleri, işlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçları, başarı olasılığını, iyileşme sürecinde yaşanabilecek olayları ve teşhis-tedavi esnasında gerekirse diğer hekimlerden konsültasyon isteyebileceğini, diğer hekimlerin de tedavi sürecine katılabileceğini tarafıma açıkladı.

Geçmişteki ve şu andaki genel sağlık durumum, devamlı kullandığım ilaçlar hakkında bilgi vermiş bulunmaktayım.

Tedavim sırasında öngörülemeyen durumların ortaya çıkabileceği ve önceden planlanmış tedavilerin genişletilmesi veya değiştirilmesi gerekebileceği ayrıca oluşabilecek ek giderlerin tarafımda karşılanması gerektiği konusunda bilgilendirildim.

Muhtemel başarı ile ilgili bilgilendirilmiş olmama rağmen uygulanacak işlemin sonuçlarının garanti edilebilirliğinin olmadığını anladım.

Bu tıbbi işlemle ilgili soru sormam ve karar vermem için yeterli süre verildi. Tedaviyi reddetme veya durdurma-sonlandırma hakkım olduğunu biliyorum. Bu bilgiler ışığında, hiçbir baskı altında olmadan, şahsıma (velisi-vasisi bulunduğum kişiye) yapılacak tedavileri kendi isteğimle onaylıyorum. Bu formun bir nüshasını elden teslim aldım.

Aşağıdaki noktalı yere el yazınızla (**okudum, anladım, kabul ediyorum**) yazınız.

.....

Tarih :

Hasta (*Yasal Temsilcisi) Adı – Soyadı :

İmza :

**Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne - baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. Derece kanuni mirasçılardır.*

**Diş Hekimi
(Kaşe-İmza)**