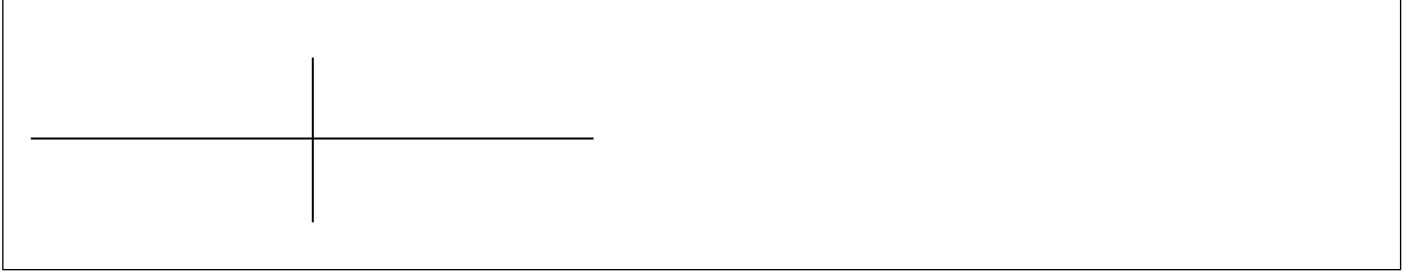


PROTEZDE BESLEME BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

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

BESLEME

Besleme doku uyumu bozulmuş olan tam veya hareketli protezlerin kenar ve/veya iç tarafına protez malzemesinin ilavesi ile kaybolan uyumun tekrar geri kazandırılma işlemidir. Klinikte veya laboratuvar ortamında olmak üzere iki çeşit besleme vardır.

Ağızda işlem yapılacaksa gerekli durumlarda protez içinde ve kenarlarında aşındırmalar yapılır. Sonrasında besleme materyali proteze sonra protez de hastanın ağızına yerleştirilir. Bir takım basınç, yanak, dudak ve çene hareketleri ile protez ideal olarak konumlandırılır. Besleme materyali ağızda sertleştikten sonra dış ortamda gerekli ise protezin kenarlarında düzeltmeler yapılır. En son protez ağıza uyumlandırılır. İşlemin tahmini süresi yaklaşık 15-30 dakikadır.

Eğer laboratuvar ortamında besleme işlemi yapılacaksa protez aşındırma işlemleri sonrası proteze ölçü maddesi yerleştirilerek yine ağız içinde bir takım hareket ve basınçla konumlandırma yapılır. Ölçü maddesinin sertleşme süresi uzun olabilir. Daha sonra protez, laboratuvar işlemlerine alınır. Laboratuvar işlemlerinden sonra protez ağıza uyumlandırılır. İşlemin tahmini süresi yaklaşık 1-3 gündür.

İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR

Protezin tutuculuğu ve uyumunu arttırmak ve bu sayede çiğneme ve konuşma fonksiyonlarını iyileştirmek.

İŞLEM UYGULANMAZSA

Doku uyumu bozuk olduğundan protezin ağızda fazla hareketliliği söz konusu olabilir ve dolayısıyla çiğneme, konuşma ve estetik açıdan fonksiyon kaybı yaşanabilir. Ayrıca vuruş, yara ve ağrı meydana gelebilir.

OLASI KOMPLİKASYONLAR

- İşlem esnasında gerek ağızda uygulama gerekse ölçü alımı sırasında bulantı, kusma, ağrı ve basınç hissi olabilir.
- Besleme materyalinin ve ölçü maddesinin yutulma, nefes borusuna kaçma riski bulunmaktadır.
- Besleme sonrası protez eskisi gibi olmayabilir, işleme rağmen istenilen uyuma ulaşamayabilir, işlem tekrarlanabilir veya protezin değiştirilmesi-yenilenmesi gerekebilir.
- Besleme yapıldıktan sonra kapanış bozuklukları olup, dişlerde aşındırma ile uyumlama yapılabilir.
- Besleme materyaline karşı alerjik reaksiyon (alerji), yanma hissi, kızarıklık olabilir.
- Ağızda ağrıya neden olan vuruşlar olabilir.

PROTEZDE BESLEME 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 tarafıma 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)**