

## PROTEZDE TAMİR, DİŞ İLAVESİ 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

#### LOKAL ANESTEZİ

Ağrı kontrolünü sağlamak ve teşhis amacı ile lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde önce topikal anestezi madde (sprey, jel vb.) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Sonra anestezi solüsyon (**lidokain, mepivikain vb. ile adrenalin vb. içerir**) enjekte edilir. Etkisini sinirsel iletimi kesip, diş ve ilgili bölgede hissizliğe neden olarak gösterir.. **Anestezi uygulanmazsa** ağrı kontrolü sağlanamayabilir. Hamilelik durumu, geçmiş ve mevcut rahatsızlıklarınızı, varsa devamlı kullandığınız ilaçları ve geçirdiğiniz operasyon bilgilerinizi hekiminizle paylaşmanız çok önemlidir. Bazı durumlarda farklı türde anestezi madde tercih edilmektedir. Küçük müdahalelerde veya dişin canlı olmaması durumunda anestezi uygulanmayabilir. **Olası komplikasyonlar;** uygulama sonrası his kaybı, geçici kas spazmları ve yüz felci, şişlik, ağzın açılmaması, gözün kapanması, yutkunamama hissi, korku ve heyecana bağlı olarak tansiyon düzensizlikleri, bayılma; enjeksiyon yerinde kanama, hematoma, renk değişikliği ve ağrıdır. Çok nadir olarak aşırı alerjik reaksiyon ve hatta acil tıbbi yardım gerektirebilen anafilaktik şok gelişebilir. Anestezi uygulanan bölge 1-5 saat boyunca hissizdir. Bazen uyuşukluk süresi artabilir. Uyuşukluk süresi içinde ısırılmaya bağlı dil, yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için yeme içme önerilmez.

#### Hareketli Protezde Tamir ve Kroşe İlavesi

Kırılan veya hasar gören bir hareketli protez, ağızda ölçü alınarak laboratuvar ortamında tamir edilip ağıza tekrar uyumlandırılabilir. Bazen çatlak olduğu durumlarda ölçü alınmayabilir.

Eğer bölümlü proteze kroşe (kanca) ilavesi gerekli ise yine ağızdan ölçü alınarak laboratuvar ortamında ilave yapılarak ağıza uyumlandırılır. İşlemin tahmini süresi yaklaşık 2-5 gündür.

Tamir olamayacak şekilde hasar söz konusu ise protezin yenilenmesi gerekir.

#### Hareketli Proteze Diş İlavesi

Protez üzerindeki dişin kırılması veya düşmesi halinde proteze diş ilavesi yapılabilir. Sadece diş ilavesi yapılacaksa ölçü alınmayabilir veya karşıt çeneden kapanış ilişkisi amacı ile alınabilir.

Düşen diş, protez üzerine tam olarak oturuyorsa aynı diş kullanılabilir. İşlemin tahmini süresi yaklaşık 2-5 gündür.

#### Sabit Protezde Tamir

Bazen çeşitli nedenlerle sabit protezlerde (kron-köprü protezler) porselende kırılma, çatlama ve hasar görme meydana gelebilir. Bu durumda ağızda tamir yapılabileceği gibi laboratuvar ortamında da tamir yapılabilir.

Laboratuvarda tamir gerekli ise bu amaçla kron-köprünün sökümü gereklidir. Söküm esnasında vuruş ve titreşim yöntemi ile sabit protezin sökümü gerçekleştirilir. **Lokal anestezi uygulanabilir.** Söküm sonrası gerekli hallerde ağızdan ölçü alınabilir. Söküm esnasında porselendeki hasar artabilir. Köprü şeklindeki protezlerde diğer dişlerin porselen kısımlarında da yeni hasar oluşabilir, tamir ihtiyacı doğabilir. İşlemin tahmini süresi ağızda yaklaşık 30-60 dakika, laboratuvarda yaklaşık 2-5 gündür. İlave metal döküm işlemleri gerekirse bu süre uzayabilir.

## PROTEZDE TAMİR, DİŞ İLAVESİ BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

### İşlem uygulanmazsa:

- Ağız içinde keskin köşelerden ve protezin hareketliliğinden dolayı ağrı, yara ve vuruşlar oluşabilir.
- Özellikle ön bölgede olan hasarlarda estetik görünüm olumsuz etkilenecektir.
- Çiğneme ve konuşma fonksiyonlarında bozulma olacaktır.

### OLASI KOMPLİKASYONLAR

#### Hareketli Protezde Tamir, Kroşe İlavesi, Diş İlavesi

- Tamir edilen protezin ağıza uyumlandırılmasında problem olabilir.
- Protezin eskisi gibi olmayıp doku uyum bozuklukları olabilir.
- Sonradan ağızda ağrıya neden olan vuruşlar oluşabilir, kontrollere gelinebilir.
- Ölçü alımı sırasında bulantı-kusma rahatsızlıkları, ölçü maddesinin yutulma riski, ağız köşelerinde gerilme ve yara oluşumu olabilir.
- Tamir olan protez kısım ve ilave olan diş veya dişlerin rengi uygun olarak çalışılsa da renk uyumu tam olarak sağlanamayabilir.

#### Sabit Protezde Tamir:

- Söküm sonrası tamir edilecek diş sayısı artabilir. Söküm esnasında protezde sonradan tamir edilemeyecek ölçüde çatlak ve kırık oluşabilir. Protez işlev göremez hale gelebilir, yenilenmesi gerekebilir.
- Ölçü alınımı sırasında bulantı-kusma rahatsızlıkları, ölçü maddesinin yutulma riski, ağız köşelerinde gerilme ve yara oluşumu olabilir.
- Laboratuvar ortamında çalışılırken tamir materyalinin uygulanması esnasında diğer porselen kısımlarda çatlak ve kırıklar meydana gelebilir, tamir edilecek diş sayısı artabilir veya tamir olamayacak bir durum gerçekleşebilir. Böyle bir durumda protezin yenilenmesi gerekebilir.
- Tamir olan diş veya dişlerin rengi uygun olarak çalışılsa da renk uyumu tam olarak sağlanamayabilir.

## 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 işlemlerle 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)