|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ****AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI****UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI GÖRÜNTÜLEME (RÖNTGEN) BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZA (ONAM) BELGESİ** | Doküman No: | EYS-FRM-314 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 2 |

Bu belgenin amacı, sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilinçlendirerek alınacak karara katılımınızı sağlamaktır.

Bu belge, çoğu hastanın pek çok koşulda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tanımlanmış olmakla birlikte bütün tedavi şekillerinin risklerini içeren bir belge olarak düşünülmemelidir. Kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak, hekiminiz size farklı ya da ek bilgi verebilir.

Tanı, tıbbi tedavi ve cerrahi girişimlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek kendi kararınıza bağlıdır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilir veya dilediğiniz zaman onam geri alabilirsiniz.

## **Uygulanacak İşlem**

Diş röntgeni; dişlerin ve içerisinde bulunduğu kemiğin muayene ile görünmeyen kısımlarının x ışını yardımıyla görüntüsünün elde edilmesidir. Diş hekiminin, dişler ya da çenelerle ilgili mevcut durumu tespit etmek, olası şüpheleri ortadan kaldırmak, teşhis koymayı kolaylaştırmak, tedavi sonuçlarını takip etmek, önleyici tedaviler planlamak başta olmak üzere diğer gerekli görünen durumlarda kullandığı yardımcı bir tanı yöntemidir.

Esas olarak ağız içi ve ağız dışından olmak üzere iki çeşit diş röntgeni çekilebilir. Ağız dışı çekilen röntgenlerde film kullanılmadan dijital çekim yapılır. Ağız içinden çekilen röntgenlerde film ağız içine yerleştirilir. Genel olarak ağız içine yerleştirilen filmlerle (periapikal film) birkaç diş ve çevre dokular izlenebilirken, ağız dışından çekilen filmlerle (panaromik, sefolometrik film, tomografi) çene kemiklerini de içine alan daha geniş bir alan izlenir.

Yapılacak işlemde direkt dijital röntgen cihazları kullanılmaktadır. Direkt dijital filmler geleneksel filmler yerine x ışınlarına duyarlı sensörlerin kullanıldığı ve görüntünün anında kişisel bilgisayarlara aktarılıp izlenebildiği yeni bir görüntüleme tekniğidir. Böylece görüntüler saklanabilir ya da çıktıları alınabilir. Bu teknik ile radyasyon miktarı %80 oranında azalmaktadır.

## **İşlem Öncesi Bilinmesi Gerekenler**

Kullanılan görüntüleme cihazları çok düşük oranda radyasyon yayar. Bilimsel verilerin ışığında, çocuklarda endikasyonu dahilinde yapılan dental görüntülemelerde radyasyon riski ihmal edilebilir seviyededir.

Diş hekimliğinde kullanılan röntgen makinelerinde radyasyon çok düşük seviyede olmasına rağmen hamilelerde röntgen çekiminden kaçınılmalıdır. Zorunluluk yoksa bu işlem doğum sonrasına ertelenmelidir. Gebeliğin 8-15 haftaları arasında, radyasyon kaynaklarından kesinlikle uzak durulmalıdır. Eğer acil bir tedavi için kesinlikle röntgen çekilmesi gerekiyorsa; anneye özel koruyucu kurşun önlük giydirilmeli, hızlı film kullanılarak ve düşük doz uygulaması yapılmalıdır.

# Alternatif Yöntemler

Diş hekimliğinde şu an radyasyona maruz kalınmayan görüntüleme şekilleri tam alternatif sağlamamaktadır.

**İşlemin Uygulanmaması Durumunda**

Görüntüleme işleminin ertelenmesi, bazı akut-acil durumlar haricine, diş hekimliği uygulamaları açısından vahim sonuçlar doğurmaz.

## **İşlem Süresi**

Periapikal ve panaromik röntgen çekimi için ortalama 3-10 saniye; 3D tomografi için ortalama 7-8 dakikadır.

**Yapılan Tetkik:** Periapikal Panaromik 3D Tomografi

**Tanı:**

**Yapılacak tedavi/işlem**

Yapılacak olan tedavinin amacı, süresi, yararları, başarı şansı, iyileşme süreci, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri ve tedaviyi kabul etmeme durumunda karşı karşıya kalabileceğiniz durumlar hakkında bilgi sahibi olmak istemiyorsanız el yazınız ile belirtiniz.

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir tedavi yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, tedaviyi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir ameliyat/girişim/uygulama yapılabileceğini açıkladı. Bu konulara ilişkin tüm sorunlarımı yanıtladı.

Hekimimin yetkisi, gözlemi ve yönetimi altında, yukarıda açıklanan uygulamanın üzerimde/yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Yapılacak uygulama sırasında, gerektiği taktirde, anestezi uygulamanın anesteziyoloji uzmanı, sedasyon uygulamasının anesteziyoloji uzmanı ve sedasyon uygulamada yetkin bir hekim, lokal anestezinin hekimim tarafından yapılacağı açıklandı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan tıbbi uygulamayı kabul ediyor, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü tıbbi tedavi/cerrahi/işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum.

Kimlik bilgilerim saklı tutulmak kaydıyla, tıbbi kayıtlarımın bilimsel araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

## **Aerosol ile yayılabilecek pandemik hastalıkların önlenmesi için kliniklerimizde ultraviyole hava sterilizasyon işlemleri, yüzey dezenfeksiyon ve alet sterilizasyon işlemleri yapılmaktadır. Ancak bunların tam koruyuculuğu bulunmamaktadır**.

**Bu bilgilendirme sonrasında ağız ve diş tedavim esnasında pandemik hastalık bulaşma riski ile karşılaşabileceğim konusunda bilgilendirildim, okudum ve kabul ediyorum.**

Kendi el yazınızla aşağıya “***Okudum, anladım*”** yazarak imzalayınız.

## **Hastanın;** **Hastanın yasal temsilcisi\*/ Yakınlık Derecesi:**

**Adı Soyadı: Adı Soyadı:**

**İmzası: İmzası:**

**Bilgilendirmeyi yapan hekimin; Adı Soyadı:**

**İmzası: TARİH: …. / …. / 20…**

**\* Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır. (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz.)**