|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ APEKSİFİKASYON TEDAVİSİ AYDINLATMA VE ONAM FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-620 |
| Hazırlama Tarihi: | 02.12.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 2 |

**Sayın Hasta Velisi / Kanuni temsilcisi;** Bu Rıza (Onam) formunun amacı; çocuğunuzun tedavisi için uygulanacak tüm işlemler/uygulamalar sırasında, yapılacak işlem ve karşılaşılması muhtemel yan etkiler hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmenizi sağlamak, bunları bilerek çocuğunuz için muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi belgelemek, sizden onay alıp, bu onayı imza altına almaktır. Ağız ve diş tedavisinin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra çocuğunuza yapılacak işleme rıza göstermek veya göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Tedaviye başlamadan önce sizden detaylı bir anamnez (hasta hikayesi) alınacaktır; çocuğunuzun geçirmiş olduğu, sistemik (tüm vücudu ilgilendiren), bulaşıcı hastalıklar veya alerjisinin olup olmadığını hekiminizle paylaşmanız önem arz etmektedir. Hekiminiz teşhis amaçlı röntgen isteyebilir. İstenilen röntgen tetkiki ve adedini hekiminiz belirler. Görüntüleme (röntgen) işleminizi ertelemeniz halinde hastalık hakkında tanı güçlüğü oluşabilir ve göz ile görünmeyen patolojik oluşumların gözden kaçmasına neden olabilir. Hekiminiz gerekli gördüğü takdirde diğer branşlardan konsültasyon isteme (görüş alma) hakkına sahiptir. Çocuğunuz hakkında beyan etmediğiniz her türlü sağlık problemi ile ilgili sorumluluk size aittir. Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz. Onayınızdan sonra da olsa işleme başlanmamış ise onayınızı geri çekme hakkına sahipsiniz.

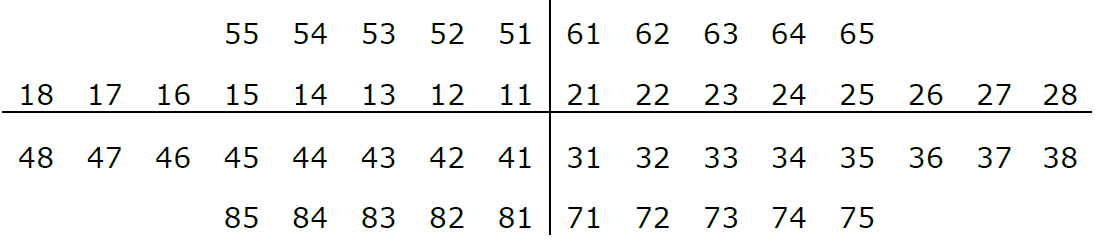
**İşlemin Tanımı:** Kök gelişimini henüz tamamlamamış genç daimî dişlerde (kök ucu açık), pulpa (dişin damar ve sinir içeren kısmı) dokusunun çeşitli nedenlerle (çürük, travma) enfekte olması ve canlılığını yitirmesi durumunda uygulanan tedaviye apeksifikasyon denir. Apeksifikasyon tedavisinde hasar görmüş pulpa dokusu çıkarılır ve kök kanallarına kök ucu gelişimini uyarabilecek, doku dostu bir materyal yerleştirilir. Bu materyal hekimin uygun gördüğü aralıklarla (1-3 ay) yapılan klinik ve radyografik kontrollerde yenilenir. Kök ucu kapandığında kanal dolgusu yapılarak dişin restorasyonu tamamlanır. Tedavi süresince dişin kök gelişimi hakkında bilgi sahibi olabilmek için tüm kontrol seanslarında röntgen çekilmesi gerekebilir.

**Genel Riskler ve Komplikasyonlar:** Çocuk hasta diş tedavisi sürecinde başını, el/ayaklarını hareket ettirerek diş tedavisinin güvenli şekilde yapılmasını engelleyebilir. Bu durumda ağız içindeki yumuşak dokular (dudak, yanak, dil) yaralanabilir. Bu davranışlar gözlemlendiğinde diş hekimleri ve yardımcılarının hastanın ellerini tutması, başını sabitlemesi ve bacak hareketlerini engellemesi gerekebilir. Ayrıca diş hekimi, çocuğun kendisini bir otorite olarak görmesini sağlamak ve tedaviyi kolaylaştırmak amacıyla değişik ses tonlamaları kullanabilir.

**Olası Yan Etkiler, Riskler ve Komplikasyonlar:** Çocuğunuzun tedavisi sırasında ağrı ve acı hissedilmesini engellemek için lokal (belli bölgenin uyuşturulması) veya rejyonel (sinir dokusunun blok halinde uyuşturulması) anestezi gerekebilir. İşlem yaklaşık 5-25 dakika sürmektedir. Etkisi 1-4 saat sürebilir. Anestezi sonucu fasiyal paralizi (geçici yüz felci), amfizem (yüzde şişlik), hematom (yüzde kızarma, morarma) trismus (ağzın açılamaması), enjektör iğnesinin kırılması, anestezinin tutmaması, senkop (renk solukluğu, soğuk terleme, nabzın yavaşlaması) gibi komplikasyonlar oluşabilir. Uyuşukluğa bağlı olarak; dudak, yanak ve dil ısırılması sonucu travmatik yaralanmalar olabilir. Bazen alt dudakta ve dilde anesteziye bağlı olarak geçici ya da kalıcı uyuşukluk oluşabilir. Anestezi sonucunda ayrıca alerjik reaksiyon (anafilaktik şok) oluşabilmektedir. Bu durumda acil müdahale edilmesi gerekmektedir. Bunun için çocuğunuzun herhangi bir maddeye alerjisi olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce söylemeniz gerekmektedir. Anestezi uygulanmazsa tedavi sırasında hasta ağrı duyar ve tedavi gerçekleştirilemeyebilir. Tedaviye başlamadan önce geçmişte anestezi sırasında yaşanan bir olumsuzluk varsa belirtiniz.

* Apeksifikasyon tedavisi yapılırken, kullanılan aletler kanal içerisinde veya dışarısında kırılabilir, bu durumda alet kanal içinde bırakılabilir veya dişin çekimi gerekebilir.
* Tedavi sonrasında bir hafta on gün kadar yemek yerken, dişin üzerine bastığınızda ağrı olabilir. Bu şikayetin zamanla azalarak geçmesi beklenir.
* Kanal içinde kullanılan dezenfektanlar kanaldan taşıp ağrı ve doku harabiyetine sebep olabilirler.
* Eğer apeksifikasyon tedavisi yapılmasına rağmen kendiliğinden başlayan şiddetli ağrılar olursa dişin çekilmesi gerekebilir. Buna doktorunuz karar verecektir.
* Kullanılan ilaçlara bağlı alerjik reaksiyonlar gelişebilir. İşlem sonrasında ağrı, apse, diş eti kanaması, şişlik oluşabilir.
* Dişin konumu, hastanın ağız açıklığı, dil, yanak ve komşu dokuların anatomik yapısı nedeniyle çalışma sırasında alet ağız boşluğuna düşebilir. Hasta diliyle refleks olarak kanal aletini geriye itebilir, aspire edebilir (solunum yoluna kaçabilir) veya yutulabilir.

**Tedavi edilecek diş:**



**Hasta Velisinin Rızası (Onamı): Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum, anladım ve komplikasyonları (yan etkileri) hakkında bilgi edindim. Çocuğumun genel sağlık durumuyla ilgili sorulan sorularda hiçbir eksik bilgi bırakmadım. Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkımın olduğunu biliyorum. Sözel ve yazılı tüm bilgilendirmeleri yeterli buluyorum. Bu aydınlatılmış onamın bir nüshasını (kopyasını) teslim aldım. (Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemi kabul ettiğinizi ‘OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM’ yazarak belirtiniz ve belgeyi imzalayınız.) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ADI-SOYADI** | **TARİH/SAAT** | **İMZA** |
| **HASTA VELİSİ (Yasal Temsilcisi)** |  |  |  |
| **HASTA** |  |  |

**SORUMLU ÖĞRETİM ÜYESİ İMZA VE KAŞESİ**