|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C:\Users\STRATEJI-3\Desktop\_TNKU_LOGO_TR.jpg** | **TNKÜ**  **AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI**  **UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ TAM PROTEZ HASTALARI İÇİN BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-326 |
| Hazırlama Tarihi: | 09.02.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 1 |

Tam protezler dişlerinin tümünü kaybetmiş hastalara yapılan hareketli protezlerdir. Bu protez tipinde alt ve üst damakların üzerine oturan pembe akrilik taban üzerine yerleştirilmiş dişler mevcuttur. Protezinizin yapımı normal şartlarda 5-6 seans sürer. Ancak ölçü veya laboratuvar işlemlerindeki problemlerden dolayı seansların tekrarlanması gerekebilir. Tedavi süresi uzayabilir. Tam protezlerin destek alabileceği doğal diş bulunmadığından kullanımı bölümlü protezlere göre daha zordur ve protezin ağızda oynaması daha fazla olur. Protezin üzerine oturduğu kemik yapısının yetersiz olduğu durumlarda tutuculuk daha da azalır. Özellikle alt protez dil hareketlerinden olumsuz etkilendiğinden, üst proteze göre oynaması daha fazla olur. Protez sonrası vuruk, çeşitli nedenlerle kırılma veya çatlama, yapay dişlerin düşmesi, konuşmada ve çiğnemede zorlanma, yanak ısırma, eklemlerde ağrı, tükürük salgısında artış, protezin altında yiyecek birikmesi, tat almada zorlanma gözlenebilir. Protezde kullanılan materyallere karşı bazı hastalarda alerjik belirtiler görülebilir. Kemik dokusundaki kayba bağlı olarak zaman içerisinde tutuculukta azalma olabilir ve tutuculuğu sağlamak için ek laboratuvar işlemleri gerekebilir. Tam protez kullanımı diğer protez tiplerine göre daha zordur ve alışmak için zamana ihtiyaç vardır. Protez sonrası meydana gelen sorunlarla ilgili olarak kabul edilebilir zaman dilimi içerisinde başvurmak hastanın sorumluluğundadır. Meydana gelen sorunların bir kısmı hekiminiz tarafından giderilebilecek sorunlardır. Ancak sorunların giderilmesi için gerekli masraf hasta tarafından karşılanır.

*Yukarıda yazılı olan açıklamaları okudum, anladım. Tedavimle ilgili olarak merak ettiğim tüm soruları sordum ve beni tatmin edecek şekilde gerekli bilgilendirme yapıldı. Tedavim sırasında veya sonrasında oluşabilecek muhtemel riskleri biliyor ve uygulanacak tedaviyi gönüllü olarak kabul ediyorum.*

**Tarih / Protokol No :**

**Hekimin Adı-Soyadı: Hastanın veya Yasal Temsilcisinin\* Adı-Soyadı:**

**İmza: İmza:**

**\*Yasal temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır (Yakınlık derecesi belirtilmelidir).**