|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ DİŞ ÇEKİMİ AYDINLATMA VE ONAM FORMU** | Doküman No:  | EYS-FRM-347 |
| Hazırlama Tarihi: | 18.04.2022 |
| 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 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.

Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz. Onayınızdan sonra da olsa işleme başlanmamış ise onayınızı geri çekme hakkına sahipsiniz.

**İşlemin Tanımı:** Diş çekimi, dişin bütün halde çene kemiğinden ve diş etinden ayrılarak ağız içerisinden uzaklaştırılmasıdır. Cerrahi bir işlemdir ve geri dönüşü yoktur.

**Genel Riskler ve Komplikasyonlar:** Tedavi sırasında çocuk hasta başını, el/ayaklarını hareket ettirerek 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 çocuk 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 ve hekim reçete (ilaç) yazacağı zaman söylemeniz gerekmektedir. Anestezi uygulanmazsa tedavi sırasında hasta ağrı duyar ve tedavi gerçekleştirilemeyebilir. Lokal anestezi yapıldıktan sonra belli bir süre yeme içme ve çiğneme yapılmaz. Tedaviye başlamadan önce geçmişte anestezi sırasında yaşanan bir olumsuzluk varsa belirtiniz.

* Diş çekimi sırasında dişlerde ve çene kemiğinde kırılma, dokularda yırtılma, çekim sonrasında hafif ya da şiddetli ağrı, uzun süren kanama ortaya çıkabilir. Komşu dokulara ve boşluklara diş parçaları kaçabilir. Kırılan parça daimî dişe çok yakınsa, çıkartma işleminin daimî dişe zarar vereceği düşünülürse, hekiminiz kırık parçayı bırakmayı tercih edebilir. Kalan parça, daimî dişin ağız içine doğru sürmesi ile yukarı doğru itilebilir ya da kendiliğinden eriyebilir. İşleme hekiminiz karar verecektir.
* Çekim sonrasında hassasiyet, hafif ya da şiddetli ağrı, yanakta ya da dudakta ödem (şişlik), oluşabilir. Çekim yerindeki enfeksiyona bağlı olarak çekim kavitesi etrafındaki kemik çıkıntıları hasta tarafından hissedilebilir. Bu orada kök kaldığı anlamına gelmez. Yapılması gereken vakit kaybetmeden hekiminize başvurmaktır.

**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**