

	T.C Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi	Doküman Kodu	HHD.FR.04
	KANAL TEDAVİSİ ONAM (RIZA) FORMU	Yayın Tarihi	07.05.2025
		Revizyon Tarihi	00
		Revizyon No	00
		Sayfa No	1/2

Sayın Hasta, Sayın Veli/ Vasi;

Bu onam formu size/hastanıza anlatılan ve uygulanacak olan tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, işlem/lerden beklenen yararları, olası yan etkileri, alternatif tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri, bu işlem/ler gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği gibi konularda sizi aydınlatmak ve rızanızı almak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmekteyiz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem:
TETKİKLER

RADYOGRAFI ÇEKİMİ

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için sizden röntgen çekilmesi gerekebilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır.

TEDAVİ VE İŞLEMLER

LOKAL ANESTEZİ

Anestezik maddelerle insan vücudundaki sinirlerin, belirli bir bölgesinin duyu iletiminin geçici süre ile engellenmesi olarak kısaca tarif edilebilir. Diş hekimliğinde kullanılan lokal anestezi sonucu oluşan his kaybı süresi, kullanılan anestezik maddeye, anestezinin uygulandığı bölgeye ve kişinin anatomik yapısına göre, 1-4 saat arasında değişiklik gösterir. Anestezi sonucu fasiyal paralizi (geçici yüzfelci), amfizem (yüzde şişlik), hematoma (yüzde kızarma, morarma) gibi komplikasyonlar oluşabilir. Bu durumlar geçici olup endişe edilmesine gerek yoktur. Anestezi sonucunda ayrıca alerjik reaksiyon (anafilaktik şok) oluşabilmektedir. Bu durumda acil müdahale edilmesi gerekmektedir.

Bunun için hastanın herhangi maddeye alerji olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce veya hekim reçete(ilaç) yazacağı zaman söylemesi gerekmektedir.

KANAL TEDAVİSİ

Derin çürükler, önceden olan dolgular veya kronlar altında tekrar eden çürükler, dişlere dolgu ve kron yapılması sonrasında hastanın şikayetlerinin geçmemesi, travma sonucunda dişlerde oluşan kron/kök kırıkları hastanın çiğneme alışkanlıkları ve diş gıcırdatma gibi fonksiyon dışı hareketler sonucunda diş pulpalarının (canlı dokusu) hasar görmesi, ilerlemiş dişeti hastalıkları veya dişeti operasyonları sonrasında pupa hasarı pulpanın canlılığını kaybettiğinin belirlenmesi kanal tedavisinin gerektiği durumlardandır. Çürüğün sinire kadar ulaşması ya da travma sonucunda kırılan dişte açığa çıkan sinir dokusunun köklerdeki siniri de kapsayarak çıkarılması ve yapay maddelerle dişin doldurulması işlemidir. İşlem sonucunda ısırmada ağrı duyulabilir. Bu durum geçici bir durumdur. Süresi kişiden kişiye değişebilir.

Endodontik tedavi dişin durumuna bağlı olarak birkaç seans sürebileceğinden, ara seanslarda kullanılan geçici dolgu maddesinin düşmesi veya dişin kırılması söz konusu olabilir. Bu gibi durumlarda hekim bilgilendirilmeli ve acil randevu talep edilmelidir. Kliniğimizde yapılan her türlü işlem sonrası hekim önerilerine kesinlikle uyulmalı, verilen randevulara düzenli gelinmelidir.

DOLGU

Çürük veya kırık nedeniyle ortaya çıkan diş dokusu kayıplarının dolgu materyalleri ile yerine konarak diş sağlığının ve bütünlüğünün geri kazandırılmasıdır

Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.

Hizmetlerimizle ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikayetleriniz için; hasta iletişim birimine başvurabilir, fakültemizde bulunan öneri ve dilek kutularına atabilir, Web sitemizden bize iletebilir, SABİM-BİMER kanalıyla başvurur yapabilirsiniz.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

Bu işlem Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi Endodonti Anabilim Dalında görevli hekimler ile uygulamada bulunan öğrenciler tarafından gerçekleştirilecektir.

İŞLEMĐN BEKLENEN FAYDALAR

Ağrı şikayetlerini giderir
Çürümeyi durdurarak olası diş çekimini önler
Çiğneme fonksiyonunu kazandırmak
Mevcut estetik görünümün artırılması
Enfeksiyonun yayılımını engellemek

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Fonksiyon kaybı
Estetik bozukluk
Ağız kokusu görülür
Diş kaybı
Mevcut ağrı ve şikâyetlerinin devam etmesi,
Tedavi edilemez duruma gelindiğinde dişin çekilmesi,
Çekilen dişin yerine protez yapılmasının gerekmesi,
Enfeksiyonun yayılması

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Diş çekimi

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

Kanal tedavisi sırasında ve sonrasında dişin durumuna göre bazı komplikasyonlar oluşabilir. Bunlar:

*Diş çürüğü temizlenirken veya kanal tedavisi sırasında dişte perforasyon

*Kanal aletinin kanal içerisinde veya dışında kırılması,

*Kanal aletinin yutulması veya soluk borusuna kaçması

*Kanal dolgu maddesinin ve yıkama solüsyonlarının dişin kök ucundan taşması sonucu; Üst çene burun boşluğuna (maxiller sinüs) taşarsa maksiller sinüste hasarlara

Alt çene sinir kanalına (mandibular ve mental sinirlere) taşarsa; dudakta uzun süren uyuşukluk hissi gibi sinir hasarları meydana gelmesi

*Kanal yıkama solüsyonlarının çevre dokulara ve ağız içine teması nedeniyle ağız içinde yanma, kızarıkların oluşması veya kalıcı hasarlar oluşması riski

*Kanal tedavisi seansları arasında veya sonrasında; ağrı ve yüzde veya ağız içinde şişlik oluşması, dişin çekimini gerektirecek kırıklar oluşması,

*Kanal tedavisi seanslarının uzun sürmesi sonucu eklemde ağrı ve/veya çene eklemının çıkması

*Döner aletlerle çalışılması sırasında hastanın ani hareket yapmasıyla dil, dudak ve yanak yaralanmaları

*Kanal dolgu yapım işleminden sonra bir süre ağrı, yemek yeme sırasında ve ısı değişikliklerinde hassasiyet

*Kanal tedavisi bittikten sonra, başarısız olması durumunda; kanal tedavisinin yenilenmesi, kök ucu cerrahisi ve nihayetinde diş çekimi gerekmesi

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Kanal Tedavisi, tek seans ortalama 1 saattir. İşlemin kaç seans olacağına dişinizin durumuna göre (dişteki enfeksiyon) diş hekiminiz karar verecektir.

Her bir seansın arası ise minimum 2-3 gündür. Dolgu işlemi için Tahmini süre 30- 40 dakikadır.

KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ

Antibiyotik analjezik ve diğer lokal anestezi ilaçlara bağlı olarak kızarıklık dokuda şişlik, kaşıntı, bulantı ve çok nadir de olsa anafilaktik şok gibi yan etkileri oluşabilir.

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden taburcu olurken doktorunuz tarafından size reçete edilen ilaçları mutlaka aksatmadan kullanınız. Doktorunuzun aşağıda yazdığı önerilere uyunuz:

Varsa anestezinin (uyuşukluk) etkisi geçtikten sonra yemek yenilebilir.

Tedaviden sonra dişte bir süre daha hafif hassasiyet olabilir.

Ağrı kesici kullanılması gerekebilir.

Dişte belirtilerin yeniden oluşması veya devam etmesi, şişlik oluşması, dolgunun kırılması gibi durumlarda hasta kliniğimize tekrar başvurmaktadır.

Hekim gerekli görürse kontrol seanslarına çağırabilir.

Dişin üst restorasyonu tamamlanmadan sert besinleri çiğnemekten kaçınılmalıdır.

GEREKTİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Merkezimizi arayarak ilgili bölüme ulaşabilirsiniz.

EĞİTİME KATKIYA ONAY

1. Bu işlemin eğitimde eğitsel rolü olabileceğinden eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını; ☐ Kabul ediyorum. / Kabul etmiyorum.

2. İşlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini ve bu çekilen kayıtların da kimliğimin açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını; ☐ Kabul ediyorum. / Kabul etmiyorum.

HASTA ONAY

Bu formda belirtilen bütün hususları okuyup tam olarak anladım. Yapılacak tedavi ve girişimlerin yararları ve yapılamadığı takdirde olabilecekler konusunda bilgilendirildim. Yukarıda açıklanan ifadelere dayanarak; İŞLEMLERİN YAPILMASINI KABUL EDEREK hekim taburcu edene kadar ilgilenecek olan hemşirelerin yapacakları işlemleri ve tüm tıbbi müdahaleyi, gerektiğinde yatmayı, fakülte kurallarına uymayı kabul ediyor ve istediğim halde ilgili prosedürlere uyarak tedavimi nasıl ret edebileceğimi biliyorum. Rıza belgesinin bir nüshası E-Arşivimde bulunmaktadır.

☐ Hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, ONAY ve KABUL EDİYORUM.

Hastanın	
Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No	

Hastanın Velisi / Vasisi	
Adı Soyadı	
Yakınlık Derecesi	

Tarih		Saat	
-------	--	------	--

İŞLEMI YAPAN HEKIMIN	
Adı Soyadı	

NOT: E-Onay verilmiş tüm belgeler E-Arşivinizde bulunmaktadır. İstenildiğinde görüntülenebilir ve indirilebilir.