

	T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi	Doküman Kodu	HHD.FR.13
	SABİT - HAREKETLİ YER TUTUCU UYGULAMA AYDINLATMA ve 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/işlemlerden beklenen yararları, olası yan etkileri, alternatif tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri, bu işlem/ işlemler gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği gibi konularda sizi aydınlatmak ve rızanızı almak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, onaylayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmektedir. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Çocuğun süt dişini çürük ya da travma sonucu erken kaybetmesi durumunda daimi dişin süreceği yeri korumak için yer tutucu tedavisi yapılmalıdır. Yer tutucu yapımı esnasında öncelikle uygun kaşık kullanılarak çocuğunuzun ağızından ölçü alındıktan sonra diş teknisyenleri tarafından laboratuvarda hazırlanmaktadır. Kayıp diş sayısına ya da bölgesine göre sabit veya hareketli olarak hazırlanabilirler. Daimi diş sürene kadar ağızda kalmaları gerekmektedir.

- Tedaviye başlamadan önce, çocuğunuzun geçirmiş olduğu bulaşıcı hastalıklar, var olan bir sistemik rahatsızlık (kalp hastalığı, diyabet, kanama bozukluğu vb.) veya alerji durumunu hekiminizle paylaşmanız önem arz etmektedir.
- Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.
- Hizmetlerimizde ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikâyetleriniz için; Hasta iletişim birimine başvurabilir, Fakültemizde bulunan öneri ve dilek kutularına atabilir, Web sitemizden bize iletebilir, SABİM-BİMER kanalıyla başvuru yapabilirsiniz.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

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

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Dişsiz alana komşu dişlerin devrilmesi önlenir ve dişsiz alanın mevcut genişliği korunur. Sürmekte olan daimi diş için gerekli yer korunup, çenede meydana gelebilecek olası çapraşıklıklar ve ortodontik problemler engellenmiş olur.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Çekim bölgesine komşu dişler devrilebilir ve yeni gelecek diş için yeterli alan sağlanamaz. Bunun sonucunda meydana gelen çapraşıklık fonksiyonel problemlere sebep olur. Çapraşık sonucu o bölgenin temizliği etkili bir şekilde yapılamayacağından bölgedeki dişlerin çürümesine sebebiyet verebilir.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

İşlemin alternatif tedavisi yoktur.

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

- Ölçü alımı sırasında bulantı ve kusma olabilir.
- Nadiren kullanılan materyale karşı hastada alerjik reaksiyon gelişebilir.
- Yeterli oral hijyen sağlanmadığında gıda retansiyonu artacağından, yeni diş çürükleri oluşabilir.
- Yer tutucular, ilk takıldığı günlerde diş etinde rahatsızlık oluşturabilir.
- Hareketli yer tutucunun nasıl kullanılacağına dikkat edilmediğinde, uyum bozuklukları veya kırılmalar meydana gelebilir.
- Sabit yer tutucular, dişe yapıştırılarak yerleştirildikleri için düşebilirler.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

1. Seans: 5 dakika (ölçü işlemi için), 2.seans: 10-15 dakika (yer tutucunun uyumlandırılması için)

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

- Yer tutucunun temizliğinin ve ağız hijyeninin çok etkili bir şekilde sağlanması gerekmektedir.
- Tedavinin etkili olabilmesi için yer tutucu ağızda kalmalıdır, çocuğun yer tutucuyu sürekli kullanması sağlanmalıdır.

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	
-------	--	------	--

İŞLEMİ YAPAN HEKİMİN	
Adı Soyadı	

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