

	T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi	Doküman Kodu	HHD.FR.29
	HAREKETLİ PROTEZ AYDINLATMA ve ONAM(RIZA) FORMU	Yayın Tarihi	07.05.2025
		Revizyon Tarihi	00
		Revizyon No	00
		Sayfa No	1/1

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 etmekteyiz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Hekimi tarafından poliklinikte hastanın ağız ölçüsü alınıp laboratuvara gönderilmesiyle başlayan süreç ara aşamaların prova edilmesi ve hekimin son provada protezleri onaylamasıyla bitime göndermesi ile devam eder. Biten protezler laboratuvarından kliniklere gelerek hastaya uygulanır. Bölümlü protezler (ÜPP, APP, AÜTP): Ağızda kalmış dişler yanında dişleri çevreleyen yumuşak dokulardan da destek almak zorundadır. Metal gövdeler ve kroşeler (teller) dili ve diğer yumuşak dokuları rahatsız edebilir. Hasta tarafından takıp çıkarılabilen protez tipidir. Tam Protez (ATP, ÜTP, AÜTP): Tüm dişler eksik olduğunda yapılır. Hareketli protezler yapıldıktan sonra yumuşak dokuda vuruklar oluşabilir. Bunlar Yapılan kontrollerde düzeltilerek bir süre sonra protez daha rahat kullanılabilir. Yemeklerden sonra protezleri yıkamak ve gece çıkarmak gerekmektedir. Hastalığın Muhtemel Sebepleri ve Nasıl Seyredeceği: Kötü ağız bakımı sonucu kaybedilen dişler sebeptir. Fazla diş kaybı olduğunda hareketli protez kullanmak gerekir.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

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

İŞLEMDENBKLENENFAYDALAR

Birden fazla dişin eksik olduğu durumlarda fonksiyon ve estetiğin iadesi için yapılır.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Hareketli protez yapılmaz ise; çiğneme, konuşma gibi fonksiyonlar gerektiği gibi yapılamaz ve estetik problemler ortaya çıkar. Alternatifi implant tedavisidir. İmplant üstü hareketli protezlerle tutuculuk, fonksiyon ve estetik kaygılar azalır ve hasta konforu sağlanır

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Alternatifi implant tedavisidir. İmplant üstü Hareketli protezlerle tutuculuk, fonksiyon ve estetik kaygılar azalır ve hasta konforu sağlanır. Ancak implant tedavisinin muhtemel riskleri göz önünde bulundurulmalıdır.

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

Yüksek derecede hasta uyumu gerektirir. Özellikle kemik kaybı çok ise tutuculuk azalacaktır.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Kurumumuzda hareketli protezler provalarda herhangi bir problem olmadığında 20 iş gününde takılabilmektedir.

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. Dişler ve protezler düzenli olarak fırçalanmalıdır. Köprülerde gövde altları diş ipiyle temizlenmelidir. Sigara, çay ve kahve renklenmelere sebep olabilir.

GEREKTİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Merkezimizi arayarak ilgili bölüme ulaşabilirsiniz.

EĞİTİMEKATKIYAONAY

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.

HASTAONAY

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.

☐ Hastalığımvetedavisüreciilelgilibanaanlatılanlarveokuduklarımanladım,ONAYveKABUL EDİYORUM.

Hastanın	
Adı Soyadı	
T.C Kimlik No	

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

Hastanın Velisi/Vasisi	
Adı Soyadı	
Yakınlık Derecesi	

İŞLEMIYAPANHEKİMİN	
Adı Soyadı	

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