

	T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi	Doküman Kodu	HHD.FR.30
	İMLANT ÜSTÜ 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 etmektedir. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Protezler için ölçü yeniden alınabilir veya hastaya ait kullanılabilir durumda bir protezi varsa bu proteze implant bağlantıları yapılabilir. Yüksek derecede hasta uyumu gerektirir.

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.

İŞLEMEN BEKLENEN FAYDALAR

Klasik sabit protez yapımında gerekli olan dişsiz bölgeye komşu dişlerin kesilmesi/küçültülmesi işlemine gerek kalmaz. Komşu dişler korunmuş olur ve daha fonksiyonel ve estetik sabit protezler yapılabilir. Hareketli protezlerde ise tutuculuğun artırılmasına yardımcı olarak kullanılabilir. Fonksiyon, estetik artışıyla birlikte hasta konforu sağlanır.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Klasik sabit protez yapımında gerekli olan dişsiz bölgeye komşu dişlerin kesilmesi/küçültülmesi işlemine gerek kalmaz. Komşu dişler korunmuş olur ve daha fonksiyonel ve estetik sabit protezler yapılabilir. Hareketli protezlerde ise tutuculuğun artırılmasına yardımcı olarak kullanılabilir. Fonksiyon, estetik artışıyla birlikte hasta konforu sağlanır.

VARSA İŞLEMİ NALTERNATİFLERİ

Standart Sabit veya Hareketli Protez Yapılabilir. Klasik sabit protez yapımında gerekli olan dişsiz bölgeye komşu dişlerin kesilmesi/küçültülmesi işlemine gerek kalmaz. Komşu dişler korunmuş olur ve daha fonksiyonel ve estetik sabit protezler yapılabilir. Hareketli protezlerde ise tutuculuğun artırılmasına yardımcı olarak kullanılabilir. Fonksiyon, estetik artışıyla birlikte hasta konforu sağlanır.

İŞLEMİN OLASI RISK ve KOMPLİKASYONLARI

Protez parçalarında kırık ve çatlamlar, vidalarda kırık ve gevşemeler görülebilir. Protetik malzemeye alerji, dişeti hastalıkları, ağız bakım ve sağlığının sürdürülememesi, diğer ağız hastalıkları veya sistemik hastalıkların ağız bulguları nedeni ile protezler ve/veya implantların kaybı gibi sorunlarla karşılaşma riski vardır. Ağrı, şişlik, enfeksiyon ve his kaybı oluşabilir.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Sabit ve hareketli implant üstü protezler için 30ışgünüdür.

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.

GEREKTEĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Merkezimizi arayarak ilgili bölüme ulaşabilirsiniz.

EĞİTİMEKATKIYAONAY

- 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.
- 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.

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

Hastanın	
Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No	

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

Hastanın Velisi/Vasisi	
Adı Soyadı	
Yakınlık Derecesi	

İŞLEMİYAPANHEKİMİN	
Adı Soyadı	