



T.C.
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi

KANAL İÇİ POST UYGULAMASI AYDINLATMA ve ONAM (RIZA) FORMU

Doküman Kodu	HHD.FR.33
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 etmekteyiz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Bu uygulamayla aşırı diş harabiyeti sonucu dolgunun dişe tutunamayıp sürekli dolgu düşmelerinin ve/veya diş kırıklarının önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.

- Tedaviye başlamadan önce, sistemik, bulaşıcı hastalıklar veya alerji mevcudiyetini hekiminizle paylaşmanız önem arz etmektedir.
- Tedavi sırasında ve sonrasında ilaç tedavisi gerekebilir. Bunların kullanım süreleri, kullanım şekilleri hekimin belirttiği şekilde uygulanmalıdır. İlaçların yan etkileri durumunda da hasta hekimine başvurmaldır.
- İşlem yaklaşık 60 dakika sürmektedir.
- Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.
- Hizmetlerimizle ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikâyetleriniz için; hasta iletişim birimine başvurabilir, fakültemizde bulunan öneri ve dilek kutularını kullanabilir, web sitemizden bizimle iletişime geçebilir, SABİM-CİMER kanalıyla başvuru yapabilirsiniz.

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.

İŞLEM DEN BEKLENEN FAYDALAR

Madde kaybı fazla olan dişlere dolgunun tutunabilmesi sağlanır. Diş yapısı güçlendirilir.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Aşırı harabiyeti olan dişlerde dolgunun dişe bağlanma sorunları yaşanmakta ve bunun sonucunda sıkça dolgu düşmeleri ve diş kırıkları meydana gelebilmektedir.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

İşlemin alternatif tedavisi yoktur.

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

- Post için kök içinde yuva hazırlanırken dişte perforasyonlar (Açılma) /kırklar oluşabilir ve dişin çekimi gerekebilir.
- İşlem esnasında veya sonrasında uygulanan postta kırık meydana gelebilir ve dişin çekimi gerekebilir.
- İşlem sonrası dişte apse, enfeksiyon gelişmesi durumunda dişin çekimi gerekebilir.
- Özellikle metal post uygulanan dişlerde renklemeler oluşabilir.
- Post ve dolgu arasındaki bağlantıda oluşan kopmalar sebebiyle dolgularda düşme görülebilir.
- Yeterli ağız bakımı yapılmayan durumlarda ikincil çürük oluşumu sonucu görülen diş harabiyeti nedeniyle dişin çekimi gerekebilir.
- Uygulanan post materyaline karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Bu sebeple hastadaki mevcut alerjilerin hekime bildirilmesi önemlidir.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Anestezi dahil 60 dakikadır.

HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

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

- Uyuşukluk mevcudiyetinde 2 saat boyunca yeme-içme yapılmamalıdır.
- 1 gün boyunca işlem yapılan bölge kullanılmamalıdır.
- Post uygulanan bölge aşırı kuvvetlerden korunmalıdır.

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 ediyorum 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.