

	T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi	Doküman Kodu	HHD.FR.68
	ORTODONTİK TEDAVİ AYDINLATMA ve ONAM (RIZA) FORMU (GÖMÜLÜ DİŞ SÜRDÜRME)	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, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmekteyiz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: Gömülü diş sürdürme

Sistemik faktörler, lokal faktörler, bozuk gelişim gibi nedenlerle dişler çenede gömülü kalabilir. Dişler dental stabilite ve estetik açıdan oldukça önemlidir. Bu yüzden bu dişlerin prognozu iyiye sürdürülmesi gerekmektedir. Gömülü dişlerin ağız ortamına sürdürülmesinde gömülü dişin pozisyonuna, hastanın yaşına, uygun yer, yapışık diş eti miktarına bakılarak karar verilir. Gömülü dişin konumunun ve dişin ankiloz (dişin kemikle kaynaşması durumu) olup olmadığının belirlenmesi için CT (tomografi) istenebilir. Gömülü diş cerrahi olarak expoze edilir ve dişin üzerine ataçman yapıştırılır. Bu ataçman yardımıyla dişe sürmesi için kuvvet uygulanır fakat bireysel ve çeşitli faktörlerin etkisiyle diş sürmeyebilir.

İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

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

İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR

Diş sürdürülerek dental stabilite, estetik sağlanır.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

- Komşu dişin mobilitesinin artması, Kök rezorpsiyonu
- Kist ve tümörlerin oluşumu
- Gömülü dişin çürüğü
- Gömülü dişin komşu sinirlere ve damara baskı yapması sonucu sinir ve vasküler sorunlar
- Peridontal rahatsızlıklar oluşabilir.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

İşlemin alternatif tedavisi yoktur.

İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

Cerrahi işlem sonrası bölgede ağrı, şişlik, renk değişikliği olabilir.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

1-3 saat

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 önerilen tavsiyelere mutlaka uyunuz.

GEREKTİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Merkezimizi arayarak ilgili bölüme ulaşabilirsiniz.

EĞİTİME KATKIYA ONAY

1. Bu işlemin eğitimde eğitici 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 ilgilenilecek 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	

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

Hastanın Velisi / Vasisi	
Adı Soyadı	
Yakınlık Derecesi	

İŞLEMİ YAPAN HEKİMİN	
Adı Soyadı	

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