

	T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi	Doküman Kodu	HHD.FR.69
	ORTODONTİK TEDAVİ AYDINLATMA ve ONAM (RIZA) FORMU (HAREKETLİ ORTODONTİK TEDAVİ)	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, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmekteyiz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

BİLMENİZ GEREKENLER

Tanı ve İşlem: HAREKETLİ ORTODONTİK TEDAVİ

Hastanın ölçülerinin alınmasıyla elde edilen modeller üzerinde hazırlanan ve akrilik plak, tel gibi kısımları bulunup hasta tarafından takılıp çıkarılması mümkün olan aygıtlar ile yapılan tedavilerdir. Mevcut bozukluğu düzeltmek için hareketli ortodontik apaneylerin 6 ay-3 yıl boyunca kullanılması gerekmektedir. Bu aygıtlar hem alt hem de üst çeneye uygulanabilirler. Çeneyi genişletme amacıyla kullanılan genişletme aygıtlarının akrilik plak içinde kalan belli bölümlerinde, genişletme işlevini sağlayan vida konumlandırılmıştır. Genişletme aygıtları ile çenelerdeki genişletme etkilerinin yanında hafif diş hareketi de elde edilebilmektedir. Tedavi yapılmazsa sağlıklı çiğneme yapılamaz, dişlerdeki çapraşıklık artar, istenmeyen hareket ve alışkanlıklar gelişebilir. Tedavi, öğretim üyelerinin kontrolü altında uzmanlık öğrencileri, stajyer diş hekimleri ve öğretim üyelerinin kendileri tarafından yapılmaktadır. Maliyet, apaneyin tipine göre farklı laboratuvar ücretlerini içermektedir.

1)Apaneyin kullanımı: Hareketli apaneyin tipine bağlı olarak tüm gün, gece kullanım veya yemeklerde apaneyin çıkarılması gerekebilir. Hekiminiz en uygun kullanım şeklini size açıklayacaktır.

2)Ağrı, basınç hissi: Hareketli apaneylerin parçaları dişlere yerleştirildiğinde ilk 1-2 gün ağrı olabilir ve çocuğunuzun günlük fonksiyonlarını etkileyebilir. Ayrıca randevularda tellerin aktivasyonu sonucu dişlerde hassasiyet ve ağrı olması normaldir. Vidalı bir apaney söz konusu ise vidanın her çevrilmesi sonucu dişlerinizde oluşacak basınç hissi normaldir ve 1-2 gün içinde azalır kaybolacaktır.

Bunun dışında devamlı ve artan bir ağrı durumunda ya da batan, vuran, acıtan bir problemle karşılaştığınızda hekiminize telefonla başvurunuz.

3)Apaneyin takıldığı ilk gün konuşmanızda bozukluk oluşabilir. Bu durum en fazla 1 hafta süren geçici bir dönemdir. Bu zaman diliminde sesli olarak okumak ve bol konuşmak bu süreci kısaltacaktır. Apaneyin takıldığı ilk birkaç gün tükürük salgısındaki artma ve tükürme isteği normaldir. Apaney kullanımına devam ediniz.

4)a. Tedavi boyunca ağız temizliğine dikkat edilmez, dişler düzenli bir şekilde fırçalanmazsa dişlerde renk değişiklikleri ve çürükler oluşabilmektedir.

b. Apaneyin temizliği dişlerin ve yumuşak dokuların (dişeti, damak, dudak) sağlığı açısından önemlidir. Uygun temizlik yapılmadığında yumuşak doku zedelenmeleri ve çeşitli enfeksiyonlar gözlemlenebilir. Bu nedenle her yemekten sonra çocuğunuzun dişleriyle birlikte apaneyi de akrilik kısmından tutarak hekiminizin önerdiği şekilde fırçalaması gerekir.

5)Uygulanan hareketli apaneyler akrilik denen kimyasal maddeden yapılmaktadır. Çok nadir de olsa bu maddeye karşı alerji gelişebilir. Bu durumda hemen hekiminize başvurunuz.

6)Sakınılması gereken gıda maddeleri: Hareketli apaney kullanılması sırasında erik, fındık, ceviz gibi sert yiyecekler, sakız gibi yapışkan maddeler, apaneyin kırılmasına ve yapısının bozulmasına neden olmaktadır. Tedavi boyunca bu gibi gıdalardan uzak durulması tedavinin seyri bakımından çok önemlidir.

7)Hareketli apaneylerle tedavi sonrasında gerekli durumlarda farklı tedavilere geçilip geçilmeyeceği konusunda hekiminiz sizi bilgilendirecektir.

8)Apaneyin kırılması kaybolması durumunda yeni bir apaney için belirli bir ücret ödememiz gerekebilir. Bunun dışında, tedaviniz süresince hekiminizin uygun gördüğü durumlarda apaneyinizin yenilenmesi gerekebilmektedir.

9)Hasta uyumu: Tedavinin devamlılığından hasta birebir sorumludur. Hekiminizle işbirliği içinde olmanız ve sizden isteneni yapmanız çocuğunuzun tedavisini kolaylaştıracak ve kısaltacaktır. Bu konuda hekiminize yardımcı olmazsanız tedavinizin ilerlemesinden ve herhangi bir gelişme kaydedilememesinden hekiminiz sorumlu değildir.

10. Apaneyin temizliği ve muhafazası: Her yemeğin ertesinde aygıt mutlaka fırçalanmalıdır ve yemek için çıkarıldığında özel olarak verilen muhafaza kutusu içine konulmalıdır.

12. Kimi kez, hareketli apaneyler ile yapılan ortodontik tedavilerden sonra gerekli görülen durumlarda sabit ortodontik tedavilere geçilebilir. Böyle bir durum söz konusu olursa, zamanı geldiğinde sizlere tedavi hakkında yeniden açıklamalar yapılacak ve tedavi ücreti hakkında bilgi verilecektir.

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

Çenelerin, dişlerin, yumuşak dokuların fonksiyonel ve estetik olarak tedavi edilmesi amaçlanır.

İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Mevcut maloklüzyonun durumuna göre değişiklik göstermekle birlikte; dişlerdeki çapraşıklıklar sonucu ağız temizliği tam olarak yapılamaz; dişlerde çürük, kalıcı beyaz lekeler, dişetlerinde iltihaplar, dişeti büyümeleri ve kanamalar ile ağız kokusu oluşabilir. Çene ilişkilerinde uyumsuzluk olan hastalarda konuşma, yutkunma, çiğneme gibi fonksiyonel hareketlerdeki yetersizlik tedavi edilememiş olur.

VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

İşlemin alternatif tedavisi yoktur.

İŞLEMİN OLASI RISK ve KOMPLİKASYONLARI

• Bazı apareyler ilk birkaç gün konuşma güçlüğü meydana getirebilir. Aparentlerin hasar görmesi tedavi süresini uzatabilir ve sonuçları olumsuz etkileyebilir.

• Ortodontik apareylerin etrafındaki besin artıkları ve buna bağlı olarak dişler üzerindeki plak oluşumu; diş minesinin çözünmesine, diş çürüklerine, dişeti hastalıkları, dişlerde canlılık kaybı ve dişler üzerinde geri dönüşümü olmayan hasarlara sebep olabilir.

• Düzenli randevularına gelmeyen hastalarda dişe uygulanan kuvvetlerin periyodik olarak hekiminiz tarafından ayarlanamaması sonucu dişlerde ve alveol kemiklerinde erime (rezorpsiyon) meydana gelebilmektedir. Bu durumlar hastanın ağız hijyenine yeterli özeni göstermemesinden kaynaklanacağı gibi, bireysel yatkınlık, dişlerin anatomik yapılarındaki olumsuzluklar ve apareylerin yanlış kullanımı ile oluşabilir.

• Hareketli apareylerle bazı diş hareketlerinin elde edilmesi mümkün değildir bu sebeple hareketli aparey kullanımının sonucunda dişler ideal pozisyonunda konumlandırılmayabilir gerekli görülen durumlarda sabit ortodontik tedaviye geçilebilir zamanı geldiğinde hekiminiz bu konuda sizi bilgilendirecektir.

İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ

Ortodontik tedavilerde bazı özel durumlar hariç ortalama randevu sıklığı 4-6 haftada birdir. Ortodontik tedavi süresi malokluzyonun durumuna göre 6 ay ile 3 yıl arasında değişmektedir.

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 önerilen tavsiyelere mutlaka uyunuz.

GEREKTEĞİNDE 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	

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.