



**T.C.**  
**Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi**  
**Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi**  
**ORTODONTİK TEDAVİ AYDINLATMA ve ONAM (RIZA) FORMU (MİNİ VİDA**  
**UYGULAMASI)**

|                 |            |
|-----------------|------------|
| Doküman Kodu    | HHD.FR.71  |
| 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 etmektedir. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz.

**BİLMENİZ GEREKENLER**

Tanı ve İşlem: MİNİ VİDA UYGULAMASI

- 1-Dişlerin kökleri arasındaki kemik dokuya uygulanarak, dişlerin hareketini sağlamak amaçlı kullanılan vidalardır.
- 2-Lokal anestezi altında uygulanmaktadır.
- 3-Hastaya herhangi bir rahatsızlık vermemektedir.
- 4-Anestezi olmadan çıkarılır.
- 5-Mini vidanın bakımı iyi yapılmalı, etrafı iyice fırçalanmalıdır.
- 6-Hastanın sistemik bir rahatsızlığı veya herhangi bir maddeye karşı alerjisi olup olmadığı hasta tarafından belirtilmelidir.
- 7-Vida dokuyu rahatsız ettiği takdirde üzerine mum koyarak tahrişi engelleyebilirsiniz.

**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**

- Yeterli ankraj(destek) sağlanamaması sonucu çekim boşlukları kayıp edilebilir.
- Dişler istenilen şekilde hareket ettirilemeyebilir.

**VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

İşlemin alternatif tedavisi yoktur.

**İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI**

Uygulanacak tedavilerin ortaya çıkarabileceği riskler ya da işlemler sırasında cerrahi işleme, anesteziye ya da önerilen ilaçlara bağlı ortaya çıkabilecek riskler;

- Bakımı iyi olmazsa vida kaybedilebilir.
  - Yanak ve dişlerde hissizlik, ağrı, şişlik, enfeksiyon, renkleşme ve hassasiyet gibi komplikasyonlar
  - Çeşitli derecelerde kanama
  - Komşu dişlere zarar verme
  - Alt çenede his kaybına yol açabilecek sinir hasarı; bu durum birkaç hafta veya ay sürebilir, nadiren kalıcıdır, bazı durumlarda mini vida çıkarılması gerekebilir.
  - Bunlara ek olarak yapılacak işlemlerden sonra iyileşmede gecikme, dokularda hasar, mini vida materyaline karşı alerji sorunları oluşabilir.
  - Palatal bölgeye uygulanan mini vidalar damar ve sinirlere zarar verebilir.
  - Travmaya bağlı olarak yumuşak dokuyu irrite edebilir.
  - Vidaya bağlanan lastik veya yaylarda oynama olduğu durumlarda acilen hekimine başvurması gerekir.
- Başvurulmadığı takdirde istenmeyen diş hareketleri meydana gelebilir.

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

Ortodontik tedavilerde bazı özel durumlar hariç ortalama randevu sıklığı 4-6 haftada birdir. Vida uygulama işlemi ortalama 30 dk sürmektedir. Vidanın ağızda kalış süresi tedavideki ihtiyacına göre belirlenir.

#### HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

- Dudağınızı ve yanaklarınızı ısırmınızı önlemek için mümkünse uyuşukluk geçene kadar yemek yemeyiniz.
- Vidayla oynamayınız.
- Bakımını iyi yapınız, etrafını fırçalayınız.

#### 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 |  |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 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.