|  |
| --- |
| **Aşağıda belirtilmiş olan tedavi yöntemlerinin uygulanacağını kabul ediyorum:**  Tedaviye başlamadan önce sizden detaylı bir anamnez (hasta hikayesi) alınacaktır; geçirmiş olduğunuz, sistemik (tüm vücudu ilgilendiren), bulaşıcı hastalıklar (hepatit B) veya alerjinizin olup olmadığını hekiminizle paylaşmanız önem arz etmektedir. Hekiminiz gerekli gördüğü takdirde diğer branşlardan konsültasyon isteme (görüş alma) hakkına sahiptir. Kendi hakkınızda beyan etmediğiniz her türlü sağlık problemi ile ilgili sorumluluk size aittir.  **İşlemin Tanımı:** Diş pulpasının (dişin içindeki canlı dokunun), köklerdeki kısmı da kapsayacak şekilde çıkarılması, kanalların temizlenmesi ve kanal dolgu maddesi ile kök kanallarının doldurulması işlemidir. Kanal tedavisi birkaç seans sürebilen bir tedavidir.  **Olası Yan Etkiler, Riskler ve Komplikasyonlar:**  **Anestezi Uygulaması:** Anestezi uygulanmazsa tedavi sırasında hasta ağrı duyar ve tedavi gerçekleştirilemeyebilir. Tedaviye başlamadan önce geçmişte anestezi sırasında yaşanan bir olumsuzluk varsa belirtiniz. Tedavi sırasında veya tedaviden sonra kullanılabilecek antibiyotik, analjezik ve diğer ilaçların; kızarıklık, dokuda şişlik, kaşıntı, bulantı ve anafilaktik şok (çok nadir) gibi alerjik etkileri olabileceğini kabul ediyorum. Anestezi sonucu fasiyal paralizi (geçici yüz felci), amfizem (yüzde şişlik), hematom (yüzde kızarma, morarma) trismus (ağzın açılamaması), enjektör iğnesinin kırılması, anestezinin tutmaması, senkop (renk solukluğu, soğuk terleme, nabzın yavaşlaması) gibi komplikasyonlar oluşma ihtimali bulunmaktadır. Uyuşukluğa bağlı olarak; dudak, yanak ve dil ısırılması sonucu travmatik yaralanmalar olabilir. Bazen alt dudakta ve dilde anesteziye bağlı olarak geçici ya da kalıcı uyuşukluk oluşabilir.  **Kök Kanal Tedavisi /Kök Kanal Tedavisi Yenilemesi :** Kök kanal tedavisisonrası birkaç gün süreyle tedavi sonrası ağrı olağandır, bunlara ek olarak besinlerin çiğnenmesi sırasında bir süre hassasiyet görülebilir. Kanal tedavisinden önceki dişin durumuna bağlı olarak tedavi ile birlikte enfeksiyon kronik durumdan akut duruma geçebilir. Kanal tedavisi öncesinde akut durumda (ağrılı) ise yapılan tedavi seansları artabilir. Seans aralarında bazı durumlarda ağrı ve şişlik oluşabilir ya da varsa artabilir. Antibiyotik kullanılması gerekebilir. İyileşme takip gerektirebilir.  Kanal tedavisi yapılırken, kullanılan aletler kanal içerisinde veya dışarısında (sterilizasyonda) iken deformasyona uğrayabilir kırılabilir, hasta açısından avantaj ve dezavantajları değerlendirilerek alet kanal içinde bırakılabilir veya çıkarılabilir. Hekim kararı ile dişin çekimi de gerekebilir. Ayrıca kök kanalları tıkalı olabilir, buna bağlı olarak kanal doldurulamayabilir, kökün eğriliğine ve yarıda tıkalı olmasına bağlı olarak yarım  doldurulabilir veya tedavisi yapılamayabilir. Kanal tedavisinden önce diş çatlak olarak tedaviye başlanmış olabilir ve tedaviye yanıt vermeyebilir. Kanal tedavisi sırasında da nadiren de olsa diş çatlayabilir ve çekilmesi gerekebilir. Buna doktorunuz karar verecektir.  Dişin konumu, hastanın ağız açıklığı, dil, yanak ve komşu dokuların anatomik yapısı nedeniyle çalışma sırasında alet ağız boşluğuna düşebilir. Hasta diliyle refleks olarak kanal aletini geriye itebilir, aspire edebilir (solunum yoluna kaçabilir) veya yutulabilir.  Kök kanal tedavisi yenilemesi sırasında da kanal tedavisi ile ilgili anlatılan tüm yan etki, risk ve komplikasyonlara rastlanabilir.  Kök kanal tedavisi sırasında kullanılan yıkama maddeleri nadir de olsa bazı hastalarda alerjik reaksiyonlara sebep olabilir. Bu konuda bilgilendirildim.  Tedavi sırasında diş üzerinde çalışırken inceleme sırasında tetkik edilememiş sebepler dolayısıyla tedavi değişebilir ya da tedaviye yeni prosedürler eklenebilir. Bunlardan en çok başvurulan işlem kök kanal tedavisinin yenilenmesi veya kök kanal tedavisi ile beraber ek cerrahi prosedürlerdir. Dişim için gerekli olan tedavi seçeneklerinden tüm/herhangi değişiklikler ve eklemeler için izin veriyorum.  Kök kanal tedavisi/Kök kanal tedavisi yenilemesinin dişimi kurtaracağına dair bir garantisi olmadığını dişin var olan durumu ve tedavisi sebebiyle komplikasyonlar oluşabileceğini kabul ediyorum. Kök kanal tedavisini takiben nadiren ek cerrahi prosedürler uygulanabileceğinin farkındayım.  **Hastanın Rızası (Onamı):** Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum, anladım ve komplikasyonları (yan etkileri) hakkında bilgi edindim. Yapılması gereken tüm dental tedaviler için dental personelden röntgen dahil; diş hekimi tarafından tavsiye edilip uygulanacak tüm anesteziler ile gerekli tedaviyi talep ediyor ve yetki veriyorum. Genel sağlık durumuyla ilgili sorulan sorularda hiçbir eksik bilgi bırakmadım. Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkımın olduğunu biliyorum. Sözel ve yazılı tüm bilgilendirmeleri yeterli buluyorum. Bu aydınlatılmış onamın bir nüshasını (kopyasını) teslim aldım. (Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemi kabul ettiğinizi ‘OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM’ yazarak belirtiniz ve belgeyi imzalayınız.)  **…………………………………………… Tarih:**  **Hasta/Ebeveyn/Veli Adı, Soyadı: İmza:** |