# BİLGİLENDİRME

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TEŞHİS | TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ | | PLANLANAN TEDAVİ |
|  | 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 |  |
| 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 |

Önceden yapılan kök kanal tedavisi sonucu veya travmaya bağlı oluşan renk değişikliklerini gidermek için beyazlatma (bleaching) işlemi uygulanır. Öncelikle ilgili dişin klinik ve radyografik kontrolleri yapılır. Hastanın tedavi öncesi fotoğrafları alınır. İlgili dişe rubber dam örtü takılarak beyazlatıcı ajan uygulanır. Diş geçici dolgu ile kapatılarak hastaya kontrol randevusu verilir. İkinci seansta istenilen renk elde edilememişse tekrar beyazlatma ajanı uygulanır. Eğer yeterli renk değişikliği elde edilmişse dişe kalsiyum hidroksit yerleştirilir ve 2 hafta sonra daimi restorasyonu tamamlanır.

Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.

# İŞLEMİNİZİ KİM GERÇEKLEŞTİRECEK?

Bu işlem Diş Hekimliği Fakültesi Endodonti Anabilim Dalında görevli hekimler ile uygulamada bulunan öğrenciler tarafından gerçekleştirilecektir.

**İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

Estetik beklentinin karşılanması, protetik yaklaşımlara oranla daha konservatif ve doğal görünümün sağlanması ve ucuz olması.

**İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

Diş rengindeki koyulaşmanın artması, estetiğin olumsuz etkilenmesi

**VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

Protetik amaçlı kron, laminate vener, direk kompozit vener

# İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

İstenilen diş rengine ulaşılamaması İşlemin birkaç seans tekrarlanması Yeniden renklenme

Eksternal servikal rezorbsiyon Dişetinde ülserasyon İritasyon, hassasiyet

Ağrı

# İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ: Yaklaşık 1 Saat

**KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ**

## ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**…………………………………………………………………………………………………** (Bu alan doktorunuz tarafından hastalığınızın durumuna göre doldurulacaktır.)

# HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ

Diş Hekimliği Fakültesinden taburcu olurken doktorunuz tarafından size reçete edilen ilaçları mutlaka aksatmadan kullanınız. Doktorunuzun önerilerine uyunuz.

# GEREKTİĞİNDE İŞLEM İLE İLGİLİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLİRSİNİZ?

Fakültemizi 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 ONAYI

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.

***Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı, işlemi kabul ettiğinizi* *‘OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM’ yazarak belirtiniz ve imzalayınız:***

**.........................................................................................................................................................................................**

**.........................................................................................................**

İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Adı-Soyadı** | **Tarih-Saat** | **İMZA** |
| **Hasta /Hasta Yakını\*** |  |  |  |
| **Doktor** |  |  |  |
| **Tanıklık eden** |  |  |  |
| **Hastane İletişim** | 0416 225 19 22 Dâhili: 1732-1394 | | |

*\*Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir*