**BİLGİLENDİRME**

Çocuk diş hekimliğinde tedavi yapılacak hastaların vasisi/velisinin genel sağlık durumları ile ilgili olarak (alerji, geçirilmiş bulaşıcı olma riski bulunan hastalıklar, devam eden tedaviler, kullanılmış ve/veya kullanılmakta olan ilaçlar, geçirilmiş olan ameliyatlar vb.) hekime bilgi vermesi zorunlu olup, bu bilgiler ışığında yapılacak olan tedavinin engellenmesi ya da olumsuz olarak etkilenmesi söz konusu olacak ise tedavi öncesi hekim tarafından ilgili hastalık ve/veya ilaç kullanımı ile ilgili bir takım tetkik ve ilgili doktorlardan görüş istenebilir.

Çocuk hasta diş tedavisi süresince kafasını, el ve/veya ayaklarını hareket ettirerek diş tedavisinin güvenli şekilde yapılmasını engelleyebilir. Bu durumda ağız içindeki yumuşak dokularda (dudak, yanak, dil) yaralanmalar meydana gelebilir. Bu tarz davranışlar ortaya çıktığında diş hekimlerinin ve yardımcılarının hastanın ellerini tutması, kafayı sabitlemesi ve/veya bacak hareketlerini engellemesi gerekebilir. Ayrıca diş hekimi, çocuğun kendisini bir otorite olarak görmesini ve tedaviye kolaylaştırabilecek düzeyde yardımcı olmasını sağlamak amacıyla değişik ses tonlamaları kullanılabilir. Çocuk ile hekim arasındaki iletişimin sağlıklı bir şekilde kurulabilmesi için velilerin bekleme salonuna davet edilmesi gerekmektedir. Hekim gerekli gördüğü durumlarda veliyi tekrar çağırabilir. Yapılan tedavilerin başarısında hastaların ve velilerinin hekim ile işbirliği içerisinde ve uyumlu olmalarının etkisi büyüktür.

Diş hekimliği eğitiminin geliştirilebilmesi için, hastanın klinik fotoğraflarının teşhis, bilimsel, eğitimsel veya araştırma amaçlı kullanımı gerekebilir. Her aşamada elde edilen bilgiler sizinle paylaşılacak ve çocuğunuzun ileri yaşlarda sağlıklı bir ağız yapısına sahip olması için gerekli önlemlerin bu yaşlarda alınması ile sağladığımız fayda konusunda bilgilendirileceksiniz.

Hastanın diş tedavisi sürerken, ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Değişiklikler söz konusu olduğunda tarafımızdan bilgilendirileceksiniz.

**RESTORATİF TEDAVİLER**

Çürükler dişlerin harabiyetine sebep olmaktadır ve tedavi edilmediği takdirde ağrı ve enfeksiyona da sebebiyet veren apse ile sonuçlanmaktadır. Diş hekimi dişin çürük ve zayıflamış kısımlarının uzaklaştırılmasının ardından amalgam veya diş rengindeki dolgu maddeleriyle dişe dolgu yapmaktadır. Dolgu yapılan süt dişinin değişme zamanına kadar fonksiyon görmesi sağlanarak alttan gelecek olan daimi dişin yeri korunmakta ve bu nedenle oluşabilecek diş çapraşıklıkları önlenebilmektedir. Olası riskler: Dişin yenilenme yeteneğine ve hastanın ağız bakımına bağlı nedenlerle bu tedavi her zaman başarılı olmayabilir. Dişte ağrı meydana gelirse ve diş restore edilebilecek durumda ise kanal tedavisi yapılır. Aksi durumlarda diş çekimi planlanır.

**HASTANIN TEDAVİSİ İÇİN ONAY**

Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum ve ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında bilgi edindim. Çocuğumun genel sağlık durumuyla ilgili gerekli bilgileri verdim. Hiçbir şeyi gizlemeden açıkça anlattım. Benden istenen gerekli tetkikleri tam olarak yaptırdım. Benimle ilgi olan tedavi yada tedavilerin uygulanmasını, tedavi sırasında yada sonrasında oluşabilecek tüm sorunların bilincinde ve benim sorumluluğumda olduğunu, çocuğumun olası bir durumda bir uzman tarafından tedavi edilmesini yada başka bir hastanede tedavi görmesi gerekirse sevk edilmesini kabul ediyorum.

Uygulanacak tedavi/tedavilerin Adıyaman Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Pedodonti (Çocuk Diş Hekimliği) Kliniği’nde Dr. Öğr. Üyesi, Öğr.Gör., Araş. Gör. ünvanına sahip hekimlerin gözetimi altında stajyer diş hekimleri tarafından yapılmasına; eğitim ve bilimsel amaçlı radyografi, fotoğraf ve video görüntülerinin alınmasına izin veriyorum.

***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: 1355 |

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