**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 |

*TETKİKLER*

RADYOGRAFİ ÇEKİMİ Uygulanacak 

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak tedavi sonrasında diş ve çevre dokuların ayrıntılı olarak incelenebilmesi için sizden röntgen çekilmesi gerekebilir. Hamilelik durumu söz konusu ise acil durumlar dışında röntgen filmi çekilmez ve çekilmesi gereken durumlarda kurşun önlük giydirilerek hastaya minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanır.

*TEDAVİ VE İŞLEMLER*

LOKAL ANESTEZİ Uygulanacak 

Tedaviler esnasında ağrı kontrolü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestezik madde (sprey) ile diş eti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuştuğunda anestezik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirir.Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Lokal Anestezi Uygulaması, bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar olmadığı sürece başarılı bir uygulamadır. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-4 Saat boyunca hissizdir. Bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez.2-4 saat sonra Anestezik maddenin etkisi ortadan kalkar.

KANAL TEDAVİSİNİN YENİLENMESİ (RETREATMENT ) Uygulanacak 

Önceki kök kanal tedavisinin başarısız olduğuna karar verildiğinde kanal dolgusunun sökülüp yeniden yapılmasına ‘retreatment’ denir. Retreatment genellikle daha önce yapılan tedavinin başarısız olduğunu gösteren belirgin işaretler ve semptomlar var ise yapılır. Kök kanal tedavisinin değerlendirilmesi sonucunda ilgili dişte klinik incelemede ağrı, perküsyonda (aletle vurmada) ve palpasyonda (elle muayene) hassasiyet, ağız içi, ağız dışı şişlik veya akıntı yolu (fistül) gibi klinik belirtiler ve yeni periapikal lezyon oluşumu, lamina durada genişleme gibi radyolojik değişiklikler mevcutsa kök kanal tedavisinin yenilenmesi gerekebilir. Retreatment kanal şeklinin revizyonu, kök kanal dolgu materyallerinin çıkartılması, kanalın tekrardan temizlenip ve doldurulması olarak ifade edilmektedir. Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker hastalığı, tansiyon vb. ), bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi), varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir. Sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda veya bir hastalığa bağlı olarak kullandığınız herhangi bir ilacın yapılacak olan tedaviyi engellemesi ya da olumsuz olarak etkilemesi durumunda sizden ilgili hastalık ve ilaç kullanımı için ilgili doktorunuzdan konsültasyon istenebilir. Diş tedaviniz sürerken, ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir.

DOLGU Uygulanacak 

Çürük veya kırık nedeniyle ortaya çıkan diş dokusu kayıplarının dolgu materyalleri ile yerine konarak diş sağlığının ve bütünlüğünün geri kazandırılmasıdır.

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

Şikayetlerin ortadan kaldırılarak diş bütünlüğünün korunması, dişin işlevlerinin devam ettirilebilmesi Estetiğin ve çiğneme fonksiyonunun yeniden kazanılması

Dişlerin erken kaybının engellenmesi

Enfeksiyon odağı oluşturacağı düşünülen dişlerin tedavi edilerek sistemik zararların engellenmesi klinik ve radyolojik belirtilerin giderilmesi

# İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR

Mevcut şikâyetleriniz devam edebilir.

Lezyon (kemik yıkımının) ilerlemesi devam edebilir, diş çene kemiği içinde hareketli hale gelebilir. Tedavi edilemez duruma gelindiğinde dişiniz çekilebilir.

# VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ

Kök ucu cerrahisi Dişin çekimi

# İŞLEMİN OLASI RİSK ve KOMPLİKASYONLARI

Tedavisi sırasında dişte delinme (perforasyon),

Kanal aletinin kanal içerisinde veya dışında kırılması, kanal aletinin yutulması veya soluk borusuna kaçması,

Kanal dolgu maddesinin ve yıkama solüsyonlarının dişin kök ucundan taşması sonucu; üst çene burun boşluğunda hasarlar ve dudakta uzun süren uyuşukluk hissi gibi sinir hasarları meydana gelmesi

Kanal yıkama solüsyonlarının çevre dokulara ve ağız içine teması nedeniyle ağız içinde yanma, kızarıklıkların oluşması veya kalıcı hasarlar oluşması riski,

Kanal tedavisi seansları arasında veya sonrasında; ağrı ve yüzde veya ağız içinde şişlik oluşması, Dişin çekimini gerektirecek kırıklar oluşması,

Kanal tedavisi seanslarının uzun sürmesi sonucu eklemde ağrı ve/veya çene ekleminin çıkması, Kullanılan malzemelere karşı alerji,

Vücudun savunma mekanizması, kök kanalı ve periapikal dokulardaki mikroorganizmaların varlığı gibi sebeplerden dolayı ilgili dişteki belirtilerin tekrar etmesi. Buna bağlı olarak kök kanal tedavisinin yenilenmesi veya cerrahi işlemin gerekebilmesi

**İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:** Kanal tedavisinin yenilenmesi, tek seans ortalama 1 saattir. Bu süre dişinizin anatomisi, önceki kanal tedavinizin durumu gibi faktörlere bağlı olarak uzayabilmektedir. İşlemin kaç seans olacağına dişinizin durumuna göre( dişteki enfeksiyon ) diş hekiminiz karar verecektir. Her bir seansın arası ise minimum 2-3 gündür.

# 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 aşağıda yazdığı önerilere uyunuz.

Varsa anestezinin (uyuşukluk) etkisi geçtikten sonra yemek yenilebilir. Tedaviden sonra dişte bir süre daha hafif hassasiyet olabilir.

Ağrı kesici kullanılması gerekebilir.

Dişte belirtilerin yeniden oluşması veya devam etmesi, şişlik oluşması, dolgunun kırılması gibi durumlarda hasta kliniğimize tekrar başvurmalıdır. Hekim gerekli görürse kontrol seanslarına çağırabilir.

# 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*