**TEDAVİ İÇERİĞİ**

Öncelikle dişeti üzerinde görünen diştaşları bir el aleti (kretuar) yardımıyla uzaklaştırılır. Ardından gerekli görüldüğü takdirde yumuşak eklentiler ve renklenmeler turla dönen bir aletle (mikromotor+anguldurva ve ucuna takılan lastik frez) uzaklaştırılır. Renklenmelerin daha iyi kaldırılması için pomza kullanılabilir. Yapılan işlemler sonrasında oral hijyen eğitimi verilecektir. Aynı seansta veya takip eden seanslarda dişetinin altında bulunan diştaşları ve eklentiler bölgeye has el aletleri (küretler) ile uzaklaştırılır. Bu işlemler öncesinde gerekli görülürse lokal anestezi yapılabilir. Diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirmesi eklentilerin miktarına ve renklenmelerin fazlalığına bağlı olarak kavitron denilen ultrasonik titreşimli cihazlarla da yapılabilir. Bu aletler su ile soğutma sistemine sahip, hızlı titreşimlerle diştaşları ve eklentileri uzaklaştıran elektrikle çalışan cihazlardır. Bazı durumlarda hekimin kararı doğrultusunda yapılan tedaviye yardımcı olarak antibiyotik tedavisi de verilebilir.

**Alternatif Tedaviler:** Hiç tedavi yapılmaması

**Lokal Anestezi İle İlgili Oluşabilecek Sorunlar:**

**1.**Lokal anesteziye karşı önceden geçirilmiş bir alerji geçmişiniz varsa, kalp, kan hastalıkları, yüksek tansiyon ve diğer genel sağlıkla ilgili bir rahatsızlığınız varsa mutlaka hekiminizi uyarınız. Yanlış beyan nedeni ile olabilecek sorunlardan hekiminiz sorumlu değildir.

**2.**Lokal anestezi uygulaması sırasında ve sonrasında ağrı, şişlik, yanma, enfeksiyon, geçici ya da kalıcı sinir harabiyeti ve beklenmeyen alerjik reaksiyonlar gelişebilir. Alerjik reaksiyonlar; kaşıntı, döküntü, bulantı, kusma, solunum zorluğu, kalp atışında artış (taşikardi) veya azalma (bradikardi) çok düşük bir ihtimalle ölüm şeklinde olabilir.

**Dişeti Tedavisi İle İlgili Oluşabilecek Sorunlar :**

**1.**Tedavi öncesi, sırası ve sonrasında eğitim, araştırma veya arşiv amaçlı kullanılmak üzere ağız içi fotoğraf alınabilir. Bu fotoğraflar kullanılırken kimlik bilgileriniz saklı tutulacaktır.

**2.**Tedavi sırasında lokal anestezi uygulaması (sprey, jel veya enjeksiyon ile uyuşturma) gerekebilir.

**3.**Tedavi sırasında hafif şiddette ağrı hissedilebilir.

**4.**Dişeti tedavisi mevcut protezlerin çıkarılmasını ve dişeti tedavisi sonrası bu protezlerin yenileri ile değiştirilmelerini gerektirebilir.

**5.**İlk 1-2 günde ağrı, kanama, hafif şişlik, abse ya da deride renk değişimi (ekimoz) oluşabilir (Bunları engellemek için hekimin tavsiyelerine maksimum derecede uyulmalıdır).

**6.**Dişeti hastalığının şiddetine göre dişlerde aralanma, dişeti çekilmesi, dişlerin arasına daha kolay gıda birikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilir.

**7.**Tedavi sonrasında dişlerde hava alma, sıcak-soğuk hassasiyeti oluşabilir.

**8.**Tedavi sırasında dişlerde geçici bir dönem sallanma artışı oluşabilir.

**9.**Dişlerin üzerine bastırınca hafif ağrı hissedilebilir.

**10.**Canlı bir doku olan dişetinin yapılan tedaviye verdiği yanıt (iyileşme) hastadan hastaya değişiklik göstermektedir. Bu yüzden tedaviye yanıt alınamayan durumlar olabilir ve tekrarlayan seanslar gerekebilir.

**11.**Bazı dişeti tedavilerinden sonra dokuların tamiri 3-4 hafta sürebilmektedir. Bu nedenle dişeti tedavisi sonrasında protez yapımı için 1 ay kadar beklenmesi gerekebilir.

**12.**Gerekli dişeti tedavilerinden sonra ilk kontrol randevusu 3 ay sonra, takip eden kontroller genelde 6 ay aralıklarla yapılmaktadır.

**13.**Bu tedavi sonucunda tam iyileşme olabileceği gibi, gerekli görülen durumlarda ileri periodontal cerrahi tedaviler de önerilebilir.

**İşlem Yapılan Kişilerin Tüm Ağzın Günlük Bakımı İçin Onayı**

Yapılan diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirmesi tedavisi sonrası dişetlerinin uygun şekilde iyileşebilmesi için yapılması gereken günlük ağız bakımı konusunda bilgilendirildim ve talimatlar doğrultusunda bu bakımı yapmayı kabul ettim. Ayrıca doktoruma periyodik kontrollere zamanında geleceğime dair söz verdim. Tedavimin hekim gözetimi ve kontrolü altında stajyer öğrenciler tarafından da yapılabileceğini ve alınan her türlü kayıtın eğitim ve öğretim amaçlı kullanılabileceğini onaylıyorum.

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

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

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

İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

Tarih: …./…./…. Saat

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İLGİLİ KİŞİ** | **ADI-SOYADI** | **İMZA** |
| Hasta /Hasta Yakını\* |  |  |
| Doktor |  |  |
| Tanıklık Eden |  |  |
| Hastane İletişim | 0416 225 19 22 Dâhili: 1117 | |

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