



PEDODONTİ ANABİLİM DALI
AMPUTASYON ve KANAL TEDAVİSİ
AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU



Kodu HHD.FR.33	Yayın tarihi 23.10.2017	Revizyon No 2	Revizyon tarihi 10.01.2025	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/1
-------------------	----------------------------	------------------	-------------------------------	--------------------------------

Sayın Hasta Velisi / Kanuni temsilcisi;

Bu Rıza (Onam) formunun amacı; çocuğunuzun tedavisi için uygulanacak tüm işlemler/uygulamalar sırasında, yapılacak işlem ve karşılaşılması muhtemel yan etkiler hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmenizi sağlamak, bunları bilerek çocuğunuz için muayene ve tedaviyi kabul ettiğinizi belgelemek, sizden onay alıp, bu onayı imza altına almaktır.

- Ağız ve diş tedavisinin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra çocuğunuza yapılacak işleme rıza göstermek veya göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.
- Tedaviye başlamadan önce sizden detaylı bir anamnez (hasta hikayesi) alınacaktır; çocuğunuzun geçirmiş olduğu, sistemik (tüm vücudu ilgilendiren), bulaşıcı hastalıklar veya alerjisinin olup olmadığını hekiminizle paylaşmanız önem arz etmektedir. Hekiminiz gerekli gördüğü takdirde diğer branşlardan konsültasyon isteme (görüş alma) hakkına sahiptir. Çocuğunuz hakkında beyan etmediğiniz her türlü sağlık problemi ile ilgili sorumluluk size aittir.
- Çocuk ile hekim arasındaki iletişimin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için veliler bekleme salonuna davet edilmektedir. Hekim gerekli gördüğü durumlarda sizi tekrar çağırabilir. Yapılan tedavilerin başarısında hasta ve velilerin hekim ile iş birliği içerisinde ve uyumlu olmalarının etkisi büyüktür. Hastanın tedavisi sürerken, ilk muayenesi sırasında belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedaviler gerekebilir.
- Tüm tedavilerin başarı oranlarının çok yüksek olmasına rağmen bu konuda memnuniyet sözü veya garanti verilemeyeceği, dolayısıyla tedavi edilen dişlerin yeniden tedaviye ihtiyaç duyulabileceği veya çekiminin gerekebileceği bilinmelidir.
- Tedavi sırasında veya sonrasında ilaç tedavisi gerekebilir. Böyle bir durumda ilaçların kullanımı süreleri ve kullanım şekilleri konusunda hekiminizin belirttiği şekilde uygulama yapmanız ve ilaçların yan etki göstermesi durumunda hekiminize başvurmanız gerekmektedir.
- Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz. Onayınızdan sonra da olsa işleme başlanmamış ise onayınızı geri çekme hakkına sahipsiniz.
- Gerektiğinde tıbbi yardıma ulaşmak için 0(332) 223 12 90 numaralı telefondan 'Pedodonti Kliniği'ni arayabilirsiniz.
- Hizmetlerimizle ilgili görüş, öneri, teşekkür ve şikâyetleriniz için; 'Hasta İletişim Birimi'ne başvurabilir, hastanemizde bulunan 'Öneri ve Dilek Kutusu'na yazabilir, web sitemizdeki 'Bize Yazın' bölümünden iletebilir, SABİM-BİMER kanalıyla başvuru yapabilirsiniz.

Amputasyon İşleminin Tanımı: Derin çürüklü ya da travma nedeniyle kırılan dişlerde, enfeksiyon diş pulpasına (dişin içindeki canlı doku) kadar ilerlediğinde, enfekte kuron pulpa dokusunun lokal anestezi altında (diş uyuşturularak) kısmen veya tamamen uzaklaştırılması işlemidir. Kalan diş dokuları, dolgu materyalleri ile veya paslanmaz çelik kuronlar ile restore edilir.

Kanal Tedavisi İşleminin Tanımı: Diş pulpasının (dişin içindeki canlı dokunun), köklerdeki kısmı da kapsayacak şekilde çıkarılması, kanalların temizlenmesi ve kanal dolgu maddesi ile kök kanallarının doldurulması işlemidir. Dişlerde mevcut bulunan çürükler, gerekli ise lokal anestezi (dişin uyuşturulması) ile frezler ve/veya el aletleri kullanılarak tamamen temizlenir, pulpa dokusu (dişin damar ve sinir içeren kısmı) kanal aletleri yardımıyla tamamen çıkarılır ve dişte mevcut bulunan kanallara pansuman solüsyonları ile gerekli görülen sayıda pansuman yapılır. Daimi dişin kanalları, diş ile ilgili semptomlar (şikâyetler) ortadan kalktığı anda kanal dolgu malzemeleri ile doldurulur. Kanal dolgusu tamamlandıktan sonra uygun dolgu maddesi (amalgam, kompozit) ya da kuronlar (kaplama) ile restorasyon yapılır. Kanal tedavisi birkaç seans sürebilen bir tedavidir. Kanal tedavisi gerçekleştirilirken birden fazla röntgen çekilmesi gerekebilir.

İşlemlerin Kim tarafından ve Nerede Uygulanacağı: Uygulama 'Araştırma Görevlileri' ve 'Öğretim Görevlileri' tarafından 'Pedodonti Kliniği'nde yapılacaktır. İşlemler aynı zamanda bir eğitim kurumu olan bu sağlık kuruluşunda, Öğretim Görevlileri ve Araştırma Görevlileri gözetiminde 'Dönem 4 ve Dönem 5 Diş Hekimliği Öğrencileri' tarafından da yapılabilir.

İşlemlerden Beklenen Faydalar: Amputasyon için; çürüğün ilerlemesinin durdurulması, ağrı mevcut ise giderilmesi, dişin semptomsuz bir biçimde işlevine devam etmesi amaçlanmaktadır. Kanal tedavisi için; enfeksiyonun yayılmasının engellenmesi ve dişin ağızda tutulmasıdır.

Genel Riskler ve Komplikasyonlar: Çocuk hasta diş tedavisi sürecinde başını, el/ayaklarını hareket ettirerek diş tedavisinin güvenli şekilde yapılmasını engelleyebilir. Bu durumda ağız içindeki yumuşak dokular (dudak, yanak, dil) yaralanabilir. Bu davranışlar gözlemlendiğinde diş hekimleri ve yardımcılarının hastanın ellerini tutması, başını sabitlemesi ve bacak hareketlerini engellemesi gerekebilir. Ayrıca diş hekimi, çocuğun kendisini bir otorite olarak görmesini sağlamak ve tedaviyi kolaylaştırmak amacıyla değişik ses tonlamaları kullanabilir.

Olası Yan Etkiler, Riskler ve Komplikasyonlar:

- Çocuğunuzun tedavisi sırasında ağrı ve acı hissedilmesini engellemek için lokal (belli bölgenin uyuşturulması) veya rejonel (sinir dokusunun blok halinde uyuşturulması) anestezi gerekebilir. İşlem yaklaşık 5-25 dakika sürmektedir. Etkisi 1-4 saat sürebilir. Anestezi sonucu fasiyal paraliz (geçici yüz felci), amfizem (yüzde şişlik), hematoma (yüzde kızarma, morarma) trismus (ağzın açılmaması), enjektör iğnesinin kırılması, anestezinin tutmaması, senkop (renk solukluğu, soğuk terleme, nabızın yavaşlaması) gibi komplikasyonlar oluşabilir. Uyuşukluğa bağlı olarak; dudak, yanak ve dil ısırlması sonucu travmatik yaralanmalar olabilir. Bazen alt dudakta ve dilde anesteziye bağlı olarak geçici ya da kalıcı uyuşukluk oluşabilir. Anestezi sonucunda ayrıca alerjik reaksiyon (anafilaktik şok) oluşabilmektedir. Bu durumda acil müdahale edilmesi gerekmektedir. Bunun için çocuğunuzun herhangi bir maddeye alerjisi olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce ve hekim reçete (ilaç) yazacağı zaman söylemeniz gerekmektedir. Anestezi uygulanmazsa tedavi sırasında hasta ağrı duyar ve tedavi gerçekleştirilemeyebilir. Tedaviye başlamadan önce geçmişte anestezi sırasında yaşanan bir olumsuzluk varsa belirtiniz.
- Dişin yenilenme yeteneğine ve hastanın ağız bakımına bağlı nedenlerle amputasyon tedavisi her zaman başarılı olmayabilir. Dişte ağrı meydana gelirse ve diş restore edilebilecek durumda ise kanal tedavisi yapılır. Aksi durumlarda dişin çekimi planlanır.
- Kanal tedavisi yapılırken, kullanılan aletler kanal içerisinde veya dışarısında kırılabilir, bu durumda alet kanal içinde bırakılabilir veya dişin çekimi gerekebilir.
- Ayrıca kök kanalları tıkalı olabilir, buna bağlı olarak kanal doldurulamayabilir, kökün eğriliğine ve yarıda tıkalı olmasına bağlı olarak yarım doldurulabilir veya tedavisi yapılamayabilir.
- Dişte perforasyon (delinme) olabilir. Açılan bölge dolgu ile doldurulabilir veya diş çekime gidebilir. Kanal genişletme işlemleri sırasında diş çatlayabilir ve çekilmesi gerekebilir. Buna doktorunuz karar verecektir.
- Kullanılan ilaçlara bağlı alerjik reaksiyonlar gelişebilir. İşlem sonrasında ağrı, apse, diş eti kanaması, şişlik oluşabilir.
- Kanal içinde kullanılan dezenfektanlar kanaldan taşıp yanma hissi, ağrı ve doku harabiyetine sebep olabilir.
- Kanal yıkama solüsyonları dişin kök ucundan maksiller sinüse (üst çene burun boşluğuna) taşarsa o bölgede hasarlara, mandibular ve mental sinirlere (alt çene siniri kanalına) taşarsa dudakta uzun süren uyuşukluk hissi gibi sinir hasarlarına neden olabilir.



SELÇUK
ÜNİVERSİTESİ

**PEDODONTİ ANABİLİM DALI
AMPUTASYON ve KANAL TEDAVİSİ
AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU**



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Kodu HHD.FR.33	Yayın tarihi 23.10.2025	Revizyon No 2	Revizyon tarihi 10.01.2025	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/2
-------------------	----------------------------	------------------	-------------------------------	--------------------------------

- Süt dişi kanal dolgusu sırasında alttaki daimi diş germine kanal aletinin değmesi mümkündür. Bu durum daimi diş germinin hasar görmesine sebep olabilir, daimi diş yüzeyinde renk değişikliği ve yüzey pürüzlülüğü oluşabilir.
- 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.
- Tedavi sonrasında bir hafta on gün kadar dişin üzerine basarken, yemek yerken ağrı şikayeti olabilir.
- Kanal tedavisi yapılırken çalışmaya bağlı olarak dudaklarda ve ağız köşelerinde çatlak ve yırtıklar, şişlikler, morarma, çene eklemine ağrı ve hassasiyet ortaya çıkabilir.
- Kanal tedavisi yapılmasına rağmen, tedavinin hemen akabinde veya bir süre sonra dişin çekimi gerekebilir. Kanal tedavisi başarılı olsa bile, bu durum daha sonra o dişin bir daha ağrımayacağı anlamına gelmez.
- Eğer kanal tedavisi yapılmasına rağmen, kendiliğinden başlayan zonklama tarzında şiddetli ağrılar oluşursa, dişin çekilmesi gerekebilir. Bu durumda son kararı doktorunuzun vermesi gerekmektedir.
- Kanal tedavisi bittikten sonra başarısız olması durumunda; kanal tedavisinin yenilenmesi, apikal cerrahi (kök ucu cerrahisi) ve nihayetinde dişin çekimi gerekebilir.
- Kanal tedavisinde kök kanal dolumu sağlandıktan sonra kaybolan diş dokularının yerine konması için dolgu tedavisi yapılır. Dolgunun düşmesi ya da kırılması, dişin kırılması, dolgu materyallerinin çevre dişeti dokusunda oluşturabileceği reaksiyonlar, dişe yapılan restorasyon sonrası hastanın estetik beklentilerinin karşılanmaması, gerekli tüm önlemlerin alınmasına rağmen işlem sırasında dolgu materyalin yutulması veya solunum yoluna kaçması gibi durumlar; dolgu tedavisi sırasında ve sonrasında karşılaşılabilecek komplikasyonlardır.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sorunlar: Amputasyon tedavisi yapılmazsa; diş dokusu kaybı devam eder, kanal tedavisi ya da dişin çekimi gerekli olabilir. Kanal tedavisi yapılmazsa; iltihap ilerler, apse gelişebilir ve diş çekime gidebilir. Kanal tedavisini yaptırmak istemeyen, bulantı refleksinden dolayı film çektirmekte zorlanan hastalar dişlerini çektirebilir.

Alternatifi: İşlemlerin alternatifi bulunmamaktadır.

İşlemlerin Tahmini Süresi: Dişin durumuna bağlı olarak işlem tek seansta bitirilebilir veya birkaç seans sürebilir. İşlemin tahmini süresi 30-60 dakikadır.

Tedavi sonrası dikkat edilmesi gerekenler: Anestezi etkisi (uyuşukluk) geçtikten sonra yemek yenilebilir. Amputasyon tedavisi sonrasında; sızlama ve ısı hassasiyeti olabilir. Kanal tedavi sonrasında; dişin kırılma riskindeki artışa bağlı olarak diş duvarlarında kırılmalar görülebilir, hekim tavsiyesine bağlı olarak ilgili dişe kaplama yaptırılması gerekebilir. Geçici dolgu uygulandığında, dolgunun kırılması ve düşmesi durumunda hasta kliniğe tekrar başvurmalıdır. Hastalar, hekimin belirlediği aralıklarla düzenli olarak klinik ve radyografik değerlendirme için verilen randevulara gelmelidir.

Hekimin Tanısı / Ön Tanı:

Tedavi Uygulanacak Diş:	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
	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
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

Hasta Velisinin Rızası (Onamı)

Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum, anladım ve komplikasyonları (yan etkileri) hakkında bilgi edindim. Çocuğumun 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.)

İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

	ADI SOYADI	TARİH/SAAT	İMZA
Hasta VELİSİ (Yasal Temsilcisi)			
HASTA			

Bilgilendirmeyi Yapan ve İşlemi Gerçekleştiren HEKİMİN KAŞESİ ve İMZASI	Sorumlu Öğretim Üyesi HEKİMİN KAŞESİ ve İMZASI
--	---

Hazırlayan	Kontrol Eden Kal. Yön. Sorumlusu	Onaylayan Dekan