
 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	PEDODONTİ ANABİLİM DALI YEREL FLOR UYGULAMASI AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HHD.FR.36	Yayın tarihi 23.10.2017	Revizyon No 1	Revizyon tarihi 10.01.2025	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/2

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 kullanım 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.

İşlemin Tanımı: Diş çürüğü minerallerin dişten uzaklaşmasına yol açar. Ortamda flor bulunması diş dokusuna minerallerin yeniden alınmasını kolaylaştırır. İşlem diş yüzeylerine flor içeren preparatların (jel, vernik) uygulanması ile gerçekleştirilmektedir.

İşlemin 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.

İşlemden Beklenen Faydalar: Yerel flor özellikle dişleri çürümeye meyilli çocuklara uygulanır. Bu sayede dişler üzerinde minerallerin depolanması için daha uygun bir ortam oluşur. Hassasiyet problemi olan hastalarda hassasiyetin giderilmesi de amaçlanmaktadır.

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:

- Yerel flor uygulamasının her 6 ayda bir yapılmasının herhangi bir riski ve komplikasyonu yoktur. Ancak işlem sırasında alerjik reaksiyon gelişebilir, bulantı, kusma, görülebilir.
- Flor uygulamaları diş fırçalamaya alternatif bir metot değildir.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılacak Sorunlar: Bir sorun yoktur, flor uygulaması koruyucu bir tedavidir.

İşlemin Tahmini Süresi: 5 dakikadır.

Tedavi sonrası dikkat edilmesi gerekenler: İşlemden sonra yarım saat boyunca bir şey yenilip içilmemelidir. Florun etkisini azalttığı için süt ve süt ürünleri, uygulamanın yapıldığı gün içinde tüketilmemelidir.

Hekimin Tanısı / Ön Tanı:



SELÇUK
ÜNİVERSİTESİ

**PEDODONTİ ANABİLİM DALI
YEREL FLOR UYGULAMASI
AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU**



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Kodu
HHD.FR.36

Yayın tarihi
23.10.2017

Revizyon No
1

Revizyon tarihi
10.01.2025

Sayfa No / Sayfa Sayısı
2/2

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