
 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	<b>PEDODONTİ ANABİLİM DALI İLK MUAYENE ve RÖNTGEN AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU</b>			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HHD.FR.56	Yayın tarihi 10.10.2017	Revizyon No 2	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.
- Muayeneye 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.
- 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.
- 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, ya da çocuklarda sıklıkla karşılaşılan üst solunum yolu enfeksiyonu (grip, nezle, soğuk algınlığı) veya uçuk gibi problemler geliştiğinde randevunuzu ertelemek ve çocuğunuzun iyileşme sürecini göz önünde bulundurarak yeni bir randevu oluşturmak 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.

### 1. İLK MUAYENE HAKKINDA BİLGİLENDİRME

**İşlemin Tanımı:** 0-15 yaş arası çocukların İlk muayenesini kapsar. Teşhis sonucuna göre tedavi için randevu verilebilir.

Çocuğunuzun şikayeti, tıbbi ve dişler ile ilgili öyküsü doğrultusunda ağız, çene-yüz bölgesinde görülen her türlü hastalık için detaylı muayenesi yapılır, gerekiyorsa radyolojik tetkikler istenir. Klinik ve radyolojik bulguların birlikte değerlendirilmesi sonucunda çocuğunuzun kesin tanısı konularak tedavi planlaması dosyanıza kaydedilir ve tedaviler için gereken şekilde yönlendirilirsiniz.

Ağız, çene, yüz bölgesi karmaşık bir yapıdır. Siz kliniğimize çocuğunuzla ilgili farklı bir şikayetle müracaat etmiş olabilirsiniz. Hekiminiz, daha öncelikli gördüğü; fakat sizin henüz fark etmediğiniz bir sorunu, bozukluğu saptayabilir ve bu durum ile ilgili detaylı tetkik ve konsültasyon (başka branşta bir hekimin görüşleri) isteyebilir. İstenilen ileri tetkiklere devam etmek sizin kararınız ve sorumluluğunuzdadır.

Kliniğimize çocuğunuzdaki ağrı şikayetiyle müracaat ettiğinizde bazı anatomik (vücudunuzun yapısı) nedenler, yansıyan ağrılar veya çocuğunuzun ruhsal durumu nedeniyle tanı konmasında gecikme olabilir.

Çocuk hastanın çene ve yüz bölgesinde kalıtsal veya edinilmiş bir doku, organ, diş kaybı olabilir. Bu durumda hekiminiz aile, akraba sorgulaması yapabilir, genetik araştırma isteyebilir.

Çocuk hastada travma, kaza, darp, istismar bulguları varsa tutanak tutmak kanunen gereklidir.

### 2. RÖNTGEN HAKKINDA BİLGİLENDİRME

**İşlemin Tanımı:** Radyolojik değerlendirmede amaç gözle görülemeyen diş ve/veya kemik ve/veya yumuşak doku içerisindeki patoloji ve hastalıkların teşhis edilmesidir.

Çocuğunuzun diş, çene, yüz bölgesinden istenecek görüntüleme tetkikleri genel ya da ağız sağlığını etkileyecek durumların tanısı, tedavi planlaması ve tedavi aşamalarının takibi için gereklidir. İstenecek röntgen tetkiki ve adedini hekim belirler. Röntgen çekiminde kullanılan X-ışını canlı doku için zararlıdır. Bu nedenle hekiminiz çocuğunuzun tanısı, tedavi aşamalarının takibi ve kontrol amacı ile gereken en az sayıda röntgen isteyecektir.

Radyografi çekilirken çocuğunuza kurşun önlük giydirilerek minimum dozda X-ışını verilmesi sağlanmaktadır.

**Görüntüleme Yöntemleri (Tanı Seçenekleri):** Merkezimizde direkt dijital röntgen cihazları kullanılmaktadır. Direkt dijital filmler, geleneksel filmler yerine X-ray ışınlarına duyarlı sensörlerin kullanıldığı ve görüntünün anında kişisel bilgisayarlara aktarılıp izlenebildiği yeni bir görüntüleme tekniğidir. Böylece görüntüler saklanabilir ya da çıktıları alınabilir. Bu teknik ile radyasyon %80 oranında azalmaktadır.

**İşlemlerin Kim Tarafından ve Nerede Uygulanacağı:** Muayene işlemi 'Araştırma Görevlileri' ve 'Öğretim Görevlileri' tarafından 'Pedodonti Kliniği'nde yapılacaktır. Radyolojik tetkikler 'Radyoloji Teknisyeni' tarafından yapılacaktır.



**İşlemden Beklenen Faydalar:** Ağız ve diş tedavilerine gereksinimi olan hastaların genel sistemik sağlık ve diş sağlığı açısından değerlendirilmesi ve tedavi gereksinimlerinin belirlenmesidir.

**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 hekimini, çocuğun kendisini bir otorite olarak görmesini sağlamak ve tedaviyi kolaylaştırmak amacıyla değişik ses tonlamaları kullanabilir.

**Olası Yan Etkiler, Riskler ve Komplikasyonlar:**

**Muayene için:**

- Yoğun diş eti iltihabı bulunan hastalarda muayene sırasında diş etlerinde çok az bir kanama ve yine çok az bir ağrı oluşabilir.

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	<b>PEDODONTİ ANABİLİM DALI İLK MUAYENE ve RÖNTGEN AYDINLATMA VE ONAM (RIZA) FORMU</b>			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HHD.FR.56	Yayın tarihi 10.10.2017	Revizyon No 2	Revizyon tarihi 10.01.2025	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/2

• Dişlerin kök uçlarındaki dokuları değerlendirmek için, kullandığımız el aletlerinin sapıyla, dişlere perküsyon (dokunma) adını verdiğimiz işlem uygulanabilir. Bu işlem sırasında, eğer dişler ve onu çevreleyen dokularda derin çürük ve iltihabi bir olay varsa yine bir miktar ağrı hissedilebilir. Bu işlemler çocuğunuzun teşhisinin doğru olarak konması için gereklidir.

#### **Radyografik inceleme için:**

- Diş hekimliğinde, modern teknik ve metotlarla çekilen diş röntgeninden yayılan radyasyon minimal düzeydedir. Buna rağmen önlemler alınmalıdır.
- Hamile ya da hamilelik şüphesi bulunan hasta velilerinin, mutlaka bu durumlarını, ilgili diş hekimine bildirmeleri gereklidir. Yapılan araştırmalar, özellikle gebeliğin (8.-15.) haftaları arasında, radyasyon kaynaklarından kesinlikle uzak durmak gerektiğini ortaya koymaktadır.
- Gelişim çağındaki çocuklarda soğurulan radyasyon dozunun erişkinlerden daha fazla olması ve çocukların hücrelerinin radyasyona daha duyarlı olması nedeniyle röntgen çekimi pedodontik kurşun önlük ve troid koruyucu giydirilerek yapılır.

**İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sorunlar:** Diş tedavileri çok büyük bir çeşitlilik arz etmekte ve pek çok hastada birden fazla tedavi gereksinimi olabilmektedir. Bu tedavilerin doğru olarak planlanması, daha konforlu ve daha kısa süreli tedavi süreçleri sağlamaktadır. Bu nedenle, hangi tedavilerin öncelikli olarak yapılması gerektiğine bu muayene sırasında karar verilir. Görüntüleme (röntgen) işleminizi ertelemeniz halinde ise hastalığınız hakkında tanı güçlüğü oluşabilir ve doğru tedavinin uygulanması zorlaşabilir. Göz ile görünmeyen patolojik oluşumların gözden kaçırılmasına neden olabilir.

**İşlemin Alternatifi:** Muayene işleminin alternatifi bulunmamaktadır. Radyografi çekiminde diş hekimliğinde şu an için radyasyona maruz kalınmayan alternatif bir görüntüleme şekli kullanılmamaktadır.

**Kullanılan İlaçlar:** Herhangi bir ilaç kullanılmaz. Bazı durumlarda antibiyotik, ağrı kesici veya başka ilaçlar reçete edilebilir. Reçete yazılması sırasında doktorunuza çocuğunuzun genel sağlık durumu ve alerjileri hakkında gerekli bilgileri aktarmakla yükümlüsünüz. Antibiyotik ya da ağrı kesicilerin, kızarıklık, dokuda şişlik, kaşıntı gibi deri belirtileri yapabileceği; bulantı ishal, mide ile ilgili şikayetlere neden olabileceği, çok ender olsa da anafilaktik şok gibi hayati tehlike arz eden alerjik etkilere yol açabileceği bilinmelidir.

**Tedavi sonrası dikkat edilmesi gerekenler:** Hastaya herhangi bir işlem yapılmaz. Tanı amaçlı muayene yapılır.

**Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği:** Mesai saatleri içerisinde Diş Hekimliği fakültesi, ADSH veya ADSM'lere; mesai dışı saatlerde ise açık olan ADSM'lere başvurulabilir.

**İşlemin Tahmini Süresi:** Muayene için 5-10 dakikadır. Periapikal, bite-wing, oklüzal, panoramik ve sefalometrik röntgen çekimleri ise ortalama 1- 5 dakika sürmektedir.

### **Hasta Velisinin Rızası (Onamı)**

Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum, anladım ve komplikasyonları (yan etkileri) hakkında bilgi edindim. Çocuğumun genel sağlık durumuyla ilgili sorulara hiçbir eksik bilgi bırakmadım. Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkımın olduğunu biliyorum. Sözel ve yazılı tüm bilgilendirmeleri yeterli buluyorum. Tanı/tedaviden sorumlu diş hekimi ve/veya radyoloji teknisyeni tarafından uygulanan radyolojik tetkik ve bu tetkikle ilgili olarak radyasyonun neden olabileceği riskler konusunda yazılı ve sözlü olarak bilgilendirildim. Koruyucu kurşun önlük ve minimum dozda çekim ile çocuğumun en iyi şekilde X ışınından korunması sağlandı. 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
--	---

<b>Hazırlayan</b>	<b>Kontrol Eden</b> Kal. Yön. Sorumlusu	<b>Onaylayan</b> Dekan