|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Açıklama: Açıklama: http://adiyaman.edu.tr/content/image/adyu-logo.png | **ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ – (ADYÜ)**  **Diş Hekimliği Uygulama Ve Araştırma Merkezi**  **Pedodonti ABD**  **Fissür Örtücü ve Flor Uygulaması**  **Rıza Belgesi** | | |  |
| Doküman Kodu:  H.HB.RB.02 | Yayın Tarihi  02.11.2023 | Revizyon Tarihi:  04.12.2023 | Revizyon No.  01 | Sayfa No:  1/2 |

**BİLMENİZ GEREKENLER**

Çocuk diş hekimliğinde tedavi yapılacak hastaların vasisi/velisinin genel sağlık durumları ile ilgili olarak (alerji, geçirilmiş bulaşıcı olma riski bulunan hastalıklar, devam eden tedaviler, kullanılmış ve/veya kullanılmakta olan ilaçlar, geçirilmiş olan ameliyatlar vb.) hekime bilgi vermesi zorunlu olup, bu bilgiler ışığında yapılacak olan tedavinin engellenmesi ya da olumsuz olarak etkilenmesi söz konusu olacak ise tedavi öncesi hekim tarafından ilgili hastalık ve/veya ilaç kullanımı ile ilgili bir takım tetkik ve ilgili doktorlardan görüş istenebilir.

Çocuk hasta diş tedavisi süresince kafasını, el ve/veya ayaklarını hareket ettirerek diş tedavisinin güvenli şekilde yapılmasını engelleyebilir. Bu durumda ağız içindeki yumuşak dokularda (dudak, yanak, dil) yaralanmalar meydana gelebilir. Bu tarz davranışlar ortaya çıktığında diş hekimlerinin ve yardımcılarının hastanın ellerini tutması, kafayı sabitlemesi ve/veya bacak hareketlerini engellemesi gerekebilir. Ayrıca diş hekimi, çocuğun kendisini bir otorite olarak görmesini ve tedaviye kolaylaştırabilecek düzeyde yardımcı olmasını sağlamak amacıyla değişik ses tonlamaları kullanılabilir. Çocuk ile hekim arasındaki iletişimin sağlıklı bir şekilde kurulabilmesi için velilerin bekleme salonuna davet edilmesi gerekmektedir. Hekim gerekli gördüğü durumlarda veliyi tekrar çağırabilir. Yapılan tedavilerin başarısında hastaların ve velilerinin hekim ile işbirliği içerisinde ve uyumlu olmalarının etkisi büyüktür.

Hastanın diş tedavisi sürerken, ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Değişiklikler söz konusu olduğunda tarafımızdan bilgilendirileceksiniz.

**1.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

* Dişte çürük oluşumunun engellenmesi amaçlanır

**2. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

* Diş dokusunda geri dönüşü olmayan mineral kaybının görülmesi ile diş çürüğü oluşabilmektedir.

**3. VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

* İşlemin alternatifi bulunmamaktadır.

**4. İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI**

* Yeterli ağız bakımının sağlanmadığı durumlarda, fissür örtücü uygulanmış dişlerde yeniden çürük oluşabilir.
* Sert yiyeceklerin yenilmesi durumunda fissür örtücüler kırılabilmekte ve bu bölgeler yiyecek artıklarının tutunmasına daha yatkın bölgeler haline gelmektedir.
* Yüksek doz flor uygulanması durumunda ise florozis ve flor toksisitesi görülebilmektedir.
* Tedavi sonrası dikkat edilmesi gerekenler: Flor uygulaması sonrası hasta 10 dakika boyunca tükürmelidir.
* Florun etkisini azalttığı için süt ve süt ürünleri, uygulamanın yapıldığı gün içinde tüketilmemeli ve dişler fırçalanmamalıdır.
* Hastalar, diş hekiminin tavsiyeleri doğrultusunda kontrollere gelmelidir.

**5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:**

* 5 dakikadır.(Her bir diş için)

**6. TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER**

* Flor uygulandığı gün diş fırçalanması yapılmaz.
* Sakız gibi dişe yapışkan yiyecekler en az 2 saat tüketilmemelidir.
* Sert gıdalar tüketilmemelidir.

**7. KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ**

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(Bu alan doktorunuz tarafından hastalığınızın durumuna göre doldurulacaktır.)

**8. HASTANIN TEDAVİSİ İÇİN ONAY**

Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum ve ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında bilgi edindim. Çocuğumun genel sağlık durumuyla ilgili gerekli bilgileri verdim. Hiçbir şeyi gizlemeden açıkça anlattım. Benden istenen gerekli tetkikleri tam olarak yaptırdım. Benimle ilgi olan tedavi ya da tedavilerin uygulanmasını, tedavi sırasında ya da sonrasında oluşabilecek tüm sorunların bilincinde ve benim sorumluluğumda olduğunu, çocuğumun olası bir durumda bir uzman tarafından tedavi edilmesini ya da başka bir hastanede tedavi görmesi gerekirse sevk edilmesini kabul ediyorum.

Uygulanacak tedavi/tedavilerin Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Pedodonti (Çocuk Diş Hekimliği) Kliniği’nde Prof. Dr. , Doç Dr., Dr. Öğr. Üyesi, Öğr.Gör., Araş. Gör. ünvanına sahip hekimlerin gözetimi altında stajyer diş hekimleri tarafından yapılmasına; eğitim ve bilimsel amaçlı radyografi, fotoğraf ve video görüntülerinin alınmasına izin veriyorum.

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

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

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

İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **İlgili Kişi** | **Adı-Soyadı** | **Tarih-Saat** | **İmza** |
| **Hasta /Hasta Yakını\*** |  |  |  |
| **Doktor** |  |  |  |
| **Tanıklık eden** |  |  |  |
| **Hastane İletişim** | 0416 225 19 20 | | |

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