|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Açıklama: Açıklama: http://adiyaman.edu.tr/content/image/adyu-logo.png | **ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ – (ADYÜ)**  **Diş Hekimliği Uygulama Ve Araştırma Merkezi**  **Endodonti ABD**  **Devital Beyazlatma Hasta Rıza Formu** | | |  |
| Doküman Kodu:  H.HB.RB.09 | Yayın Tarihi  01.02.2023 | Revizyon Tarihi:  02.11.2023 | Revizyon No.  01 | Sayfa No:  1/1 |

# BİLGİLENDİRME

Önceden yapılan kök kanal tedavisi sonucu veya travmaya bağlı oluşan renk değişikliklerini gidermek için beyazlatma (bleaching) işlemi uygulanır. Öncelikle ilgili dişin klinik ve radyografik kontrolleri yapılır. İlgili dişe rubberdam örtü takılarak beyazlatıcı ajan uygulanır. Diş geçici dolgu ile kapatılarak hastaya kontrol randevusu verilir. İkinci seansta istenilen renk elde edilememişse tekrar beyazlatma ajanı uygulanır. Eğer yeterli renk değişikliği elde edilmişse dişe kalsiyum hidroksit yerleştirilir ve 2 hafta sonra daimi restorasyonu tamamlanır.

Tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkınızı kullanmak isterseniz hekiminize bildiriniz.

**1. İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR**

* Estetik beklentinin karşılanması, protetik yaklaşımlara oranla daha konservatif ve doğal görünümün sağlanması ve ucuz olması.

**2. İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SORUNLAR**

* Diş rengindeki koyulaşmanın artması, estetiğin olumsuz etkilenmesi

**3 3. VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ**

* Protetik amaçlı kron, laminate vener, direk kompozit vener

**4. İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI**

* İstenilen diş rengine ulaşılamaması işlemin birkaç seans tekrarlanması, yeniden renklenme Eksternal servikal rezorbsiyon dişetinde ülserasyon, iritasyon hassasiyet, ağrı

**5. 5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ**

# Yaklaşık 1 Saat

**6. TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER**

* Doktorunuz tarafından size reçete edilen ilaçları mutlaka aksatmadan kullanınız. Doktorunuzun önerilerine uyunuz.

**7. KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ**

## ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………(Bu alan doktorunuz tarafından hastalığınızın durumuna göre doldurulacaktır.)

**8. HASTANIN TEDAVİSİ İÇİN ONAY**

Uygulanacak tedavi/tedavilerin Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Endodonti Kliniği’nde Prof. 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.