

ÇENE EKLEMİ RAHATSIZLIKLARI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın Hasta/Hasta yakını/Yasal Temsilcisi;

Sizi bilgilendirmek ve tedavinize başlamak için onayınızı almak üzere hazırlanmış olan bu formu okuyarak sonundaki bölümleri doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir. Açıklayamadığımız her durum hakkında soru sorunuz, açıklamaktan memnuniyet duyacağız. Katılımınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

BİLGİLENDİRME

ÖN TANI:

PLANLANAN TEDAVİ:

TAHMİNİ TEDAVİ SÜRESİ:

HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

Çene eklemi rahatsızlıkları çok fazla sayıda etkeni ve hastalığı içermektedir. Tedavinin amacı, çene fonksiyonlarının normal yapılabilmesini sağlamaktır.

Tedavi başlangıcında, tedavi süresince ve kontrol amaçlı olarak çiğneme sisteminin ayrıntılı olarak incelenebilmesi ve tanıya yardımcı olması amacıyla gerekli ilave tetkikler istenebilir (çene eklem röntgeni, MR, bilgisayarlı tomografi gibi). Tedavi süresinde doktorunuz dikkat etmeniz gereken hususları anlatacaktır. Muayene ve tetkikler sonucunda hastalığınızın çözümünde girişimsel olmayan tedavi olarak adlandırılan ortopedik apareyler (splint), fizik tedavi metodları, ilaç tedavileri ve bu yöntemlerin yetersiz kaldığı ileri durumlarda artrosentez ve çene eklemi ameliyatı gibi cerrahi yaklaşımlar tercih edilebilir.

Çene eklem tedavisinde kullanılan splintler ile karşılaşılabilen riskler ve komplikasyonlar :

- Çene eklem tedavisinin süresi tanıya bağlı olarak değişiklik gösterir, ortalama tedavi süresi 3 aydır. Bazı durumlarda tedavi süresi uzayabilir. 3 ay içinde **2-3 defa** kontrole gelmeniz gerekir. Splint hazırlanma süresi ağız içinden ölçü alındıktan sonra ortalama **1 haftadır**. Teknisyen çalışmasına göre splintin teslim süresi değişebilir. Çene eklem tedavisinde kontroller önemlidir, kontrollere düzenli gelmeniz ve her geldiğinizde splintinizi getirmeniz gerekmektedir.
- Splinte alışma süresince bulantı, allerjik durumlar, tükürük artışı, adaptasyon ağrıları, splint kullanımında çenede kilitlenme görülebilir.
- Splint kullanmaya başladığınızda splint dişlerinizi sıkabilir. Bu durumda doktorunuzdan randevu alın, doktorunuz splint üzerinde değişiklikler yapacaktır.
- Splinti sabah çıkardığınızda dişlerde uyuşukluk, karıncalanma, anormal diş temasları hissedebilirsiniz. Bu durum geçicidir, gün içinde azalacaktır.
- Splint çatlayabilir ya da kırılabilir. Bu durumda tamir yapılabilir veya yenilenmesi gerekebilir.
- Bu işlemler sırasında ve/veya sonrasında, protezin herhangi bir parçasının veya tamamının, kullanılan ekipmanlardan veya malzemelerden bir veya birkaçının yutulması veya nefes borusuna kaçması olasılığı vardır. Yapılan işlemler sırasında ağız içinde/dışında ufak yaralanmalar meydana gelebilir.

Doktorunuzun size anlattığı dikkat etmeniz gereken hususlara uymadığınız durumda, şikayetlerde azalma görülmeyecektir. Bu tedavi tek başına çözüm üretemeyebilir. Girişimsel olan veya olmayan ek tedaviler gerekebilir.

ONAY

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan diş hekimi tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan işlemin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum. Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna oldum. Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu işlemi onaylıyorum.

Tedavimle ilgili olarak tarafıma yapılacak girişimlerde herhangi bir şekilde şuurum kaybolduğunda veya onay veremeyecek duruma düştüğümde onay vermek ve tedavimle ilgili her türlü bilgiyi almak üzere isimli kişiyi yetkili kılıyorum (

Hastanın yetkili kıldığı kişi hastanın yakını/ yasal temsilcisi olarak imzalamalıdır).

Hasta	İmza	Tarih / Saat
Adı-Soyadı (el yazısı ile).....		

Hasta onay veremeyecek durumda ise:

Hastanın yakını / yasal temsilcisi	İmza	Tarih/ Saat
Adı-Soyadı (el yazısı ile).....		

Hastanın onay verememe nedeni (Dişhekimini dolduracak):

.....
.....

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan tedavi işlemi, bu tedavinin nedeni ve faydaları, işlem sonrası gereken bakım, beklenen riskler, işlem için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını, yapılacak işleme yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Dişhekimini	İmza	Tarih/ Saat
Adı Soyadı :.....		

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise ;

Hastaya dişhekimini tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın	İmza	Tarih/
Saat Adı Soyadı (el yazısı ile) :		