

DİŐHEKİMLİĐİNDE ACİL TEDAVİ ANAMNEZ FORMU

Pandemi kurallarına göre giyinmiŐ (nlk, tıbbi maske, yüz koruyucu veya gzlk) sağlık personeli karŐılanan hastaya sorar.

- | | | |
|---|------|-------|
| 1. AteŐiniz veya var mı? | Evet | Hayır |
| 2. ksrĐnz var mı? | Evet | Hayır |
| 3. Nefes almakta güçlük veya solunum sıkıntınız var mı? | Evet | Hayır |

Herhangi birisine EVET cevabı verilir ise COVID-19 riski var kabul edilir. TERCİHEN müdahale edilir ya da edilmez.

Cevaplar HAYIR ise aŐaĐıdaki soruları sorun.

- | | | |
|--|------|-------|
| 4. Son 14 gün içerinde yakınlarınızdan COVID-19 hastalığı tanısı olan birisi oldu mu? | Evet | Hayır |
| 5. Son 14 gün içerisinde yakınlarınızdan herhangi birisi COVID-19 hastalığı nedeni ile hastaneye yattı mı? | Evet | Hayır |

Herhangi birisine EVET cevabı verilir ise COVID-19 riski var kabul edilir. TERCİHEN müdahale edilir ya da edilmez.

Yukarıdaki soruların hepsine yanıt HAYIR ise COVID-19 açısından düŐük riskli olarak kabul edilir ve tedavisine baŐlanır.

DIŐHEKİMLİĐİNDE ACİL TEDAVİ ONAM FORMU

- ✓ KliniĐimize sadece acil diŐ tedavisi iĐin baŐvurdunuz,
- ✓ DiŐ tedavisi sırasında en basit iŐlemden bile ağızınız en az yarım saat sũreyle ağık kalır,
- ✓ Havada var olan ve hava yolu ile bulaŐı olan virũs, bakteri vb. hastalık yapıcı patojenlere maruziyet yũkselir.
- ✓ Bu durum tũm koruma ˆnlemlerimize rağmen diŐ tedavisi gˆren hastanın virũs, bakteri vb. hastalık yapıcı patojenlerle enfekte olma riskini artırabilir.
- ✓ Siz covid-19 taŐıyıcısı iseniz iŐlem yapılması durumunda var olan patojenler kliniğe yayılabilir. Klinikte acil sebepler nedeniyle tedavi edilen diğer hastaları ve sağlık personeli etkilenebilir, Bu sebeple;
- ✓ Hekiminiz sağlık durumunuzda problem gˆrũp iŐleminizi ertelerse lũtfen zorluk ˆıkarmayın.
- ✓ Tedavinizin acil olup olmadığına karar verilip tedaviniz ertelenirse lũtfen tepki gˆstermeyin.
- ✓ Kendimizi dũŐũndũĐũmũzũ ya da tedavinizi yapmak istemediğimizdi dũŐũnmeyin. Aslında amağladığımız siz hastalarımızı korumaktır.

Covid-19 ile ilgili; Tarafıma sˆzlũ ve yazılı olarak bilgilendirme yapılmıŐ olup; mũdahale sırasında oluŐacak tũm sorumluluğu alıyorum.

Bu zor sũreci aldığımız tedbirler sayesinde en iyi biğimde atlatabilmek dileğiyle...

Hasta/Hasta Yakını

Ad Soyad/ İmza/ Tarih