



Özel Ekol Hastanesi

YER TUTUCU AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.189	14.01.2025	00	-	1 / 3

Klinik Adı:
Hastanın Adı-Soyadı:
Doğum tarihi:
Dosya No:

Ana adı:
Baba adı:
TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli /Vasi;

Sağlık durumunuz/hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ile bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta yol açabileceği zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahip bulunmaktasınız. Sizden okuyup anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak amacıyla sınırlı olarak hazırlanmıştır.

Bu formda verilen bilgiler ve konulan tanılar, ön bilgilendirme ve ön tanı niteliğinde olup hekim tarafından yapılacağı belirtilen tedavi/ girişim/işlem/ameliyat sürecinde tıbbi gereklilikler nedeni ile yine bu bilgilendirme formunda sayılı olasılıklar dâhilinde değişiklikler olabilir.

AYDINLATMA BİLGİSİ / BİLGİLENDİRME

1. İŞLEM HAKKINDA BİLGİ:

Değişme zamanından önce çekilen süt dişlerinin veya erken yaşta kaybedilen daimi dişlerin yerine yapılan bir çeşit dişsiz protezdir. Yapım amaçları, kaybedilen dişlerin yerlerine komşu dişlerin kaymasını önleyerek çapraşıklıkların ve kapanış bozukluklarının önlenmesidir. Kapanış bozukluklarının tedavisi daha zahmetli, uzun süreli ve pahalı bir tedavi şeklidir. Ancak yer tutucuya rağmen kapanış bozukluğu gelişebilir. Bu durumda yer tutucular gelişebilecek kapanış bozukluğunun daha hafif olmasını sağlayacaktır. Yer tutucuların yapımı için öncelikle çocuğun ağızından uygun kaşık ve ölçü maddeleri ile ölçü alınır.

Olası Komplikasyonlar: Ölçü esnasında çocuklarda kusma ve bulantı meydana gelebilir. Laboratuvar işlemlerinin tamamlanma sürecine göre size verilen randevuda yer tutucu ağza takılır. Verilen randevu tarihine gelmeme durumunda yer tutucu ağza uymayabilir.

İşlemin Tahmini Süresi : Yapım süresi ortalama 5 gündür.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar: Kaybedilen dişlerin yerlerine komşu dişler kayabilir, buna bağlı olarak daimi dişler süremeyebilir, dişlerde çapraşıklıklar ve çenede kapanış bozuklukları olabilir. Estetik, çiğneme ve konuşma fonksiyonları bozulabilir.

İşlemin Alternatifleri : Yok.

Yer Tutucuların Kullanımı: Yer tutucuların kullanımı konusunda hassasiyet göstermeniz gerekir. Yemeklerden sonra hareketli yer tutucular ağızdan çıkarılmalı, dişlerin fırçalanmasını takiben yer tutucular da macun sürülmüş diş fırçası ile fırçalanmalıdır. Uyku öncesinde de benzer şekilde temizlendikten sonra temiz bir bardak su içinde saklanır. Sabah uyanınca tekrar ağza takılması gerekir. Ağızdan çıkarılıp uzun süre kuru kalması durumunda yer tutucu ağza uymaz. Yer tutucunun hekim tarafından ağza takıldıktan sonra evde çocuğun ağızına uymaması veya ağızda rahatsızlık yaratması durumunda hemen hekime haber verilmesi ve bu sürede su içinde tutulması gereklidir. Yer tutucuların ağızda tutunması için kullanılan kancaları herhangi bir aletle düzeltmeyiniz. Bu işlem yer tutucunun bozulmasına neden olacak ve yeniden yapılması gerekecektir. Hareketli ya da sabit yer tutucular daimi



Özel Ekol Hastanesi

YER TUTUCU AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.189	14.01.2025	00	-	2 / 3

dişler gelene kadar kullanılır. Yer tutucular çocuğunuzun çene gelişimini engellemez. Ancak sürekli büyüme ve gelişim gösteren çocuğun çeneleri de büyüüp gelişeceğinden belirli aralıklarla değiştirilmesi gerekecektir. Yer tutucular için 3 ayda bir kontrole gelmeniz gereklidir. Kontrole zamanında gelmemeniz yer tutucuların ağza uymamasına neden olur. Yer tutucuların kırılması, kaybedilmesi, kullanılmaması veya kullanım tavsiyelerine uyulmamasıyla yeniden yapımları gerekebilir. Hareketli yer tutucular takıldıktan sonra konuşma problemleri, yemek yeme güçlükleri, mide bulantısı ve tükürük artışı meydana gelebilir. Bu durumların hepsi geçicidir. Yüksek sesle kitap okumak ya da şarkı söylemek ile yer tutucuya alışmak kolaylaşacaktır.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Kullandığımız ilaçlar (özellikle de aspirin gibi kanın pıhtılaşmasını engelleyici olanlar), mevcut ya da geçirilmiş önemli hastalıklarınız ve ilaç alerji durumunuz hakkında doktorunuza bilgi veriniz. Lütfen doktor ve hemşirenizin verdikleri dışında ilaç kullanmayınız.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: İşlemden sonra doktorunuz veya hemşirenizin izin verdiği saatte yemek yemeye başlayabilirsiniz. Doktorunuzun önerilerine (egzersiz, beslenme programı vb.) uyunuz ve eğer varsa sizden istenen tarihteki poliklinik kontrolünüzü ihmal etmeyiniz.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbî Yardıma Nasıl Ulaşılabilir?

Sağlık mevzuatı gereği her bireyin hastane ve hekim seçme özgürlüğü vardır. Hastalığınızı oluşturan konuda, sosyal güvenceniz kapsamında resmi veya özel sağlık kuruluşlarında tıbbi yardıma ulaşabilirsiniz. Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize başvurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel: +90 284 236 10 10) aracılığıyla ameliyatı gerçekleştiren doktor veya başka bir uzman doktor ile irtibat kurup tıbbi destek alabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın bir sağlık kuruluşunda ya da acil çağrı merkezi (telefon: 112) aracılığıyla tıbbi yardıma ulaşmanız mümkündür.

Hasta, Veli veya Vasinin Onam Açıklaması:

- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum ve yapılacak girişime onay veriyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.



Özel Ekol Hastanesi
YER TUTUCU
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



<i>Doküman No</i> HD.RB.189	<i>Yayın Tarihi</i> 14.01.2025	<i>Revizyon No</i> 00	<i>Revizyon Tarihi</i> -	<i>Sayfa No</i> 3 / 3
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

HASTAYA ÖZEL DURUMLAR:

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

(Yukarıda geçen hastalığıma ve yapılan tedaviye özgü kabul edilebilir komplikasyonlar dışında kalmamak şartıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyonlar nedeniyle hukuki yola başvurmayacağım.)

Ben, bu formun içeriğini anladım Özel Ekol Hastanesi'nde uygulanacak olan işlemi bilincim yerinde olarak kabul ediyorum.			
İmzası:	Tarih:	Saat:	
Onay Hastanın Yasal Temsilcisinden Alındı ise; Yasal Temsilcinin Yakınlık Derecesi:			
<input type="checkbox"/> Hastanın bilinci kapalı	<input type="checkbox"/> Hasta 18 yaşından küçük	<input type="checkbox"/> Hastanın karar verme yetisi yok	
<input type="checkbox"/> Acil			
Bilgilendirmeyi Yapan Hekimin;			
Adı-Soyadı:	İmzası:	Tarih:	Saat:
Tercümanın (ihtiyaç duyulması halinde);			
Adı-Soyadı:	İmzası:	Tarih:	Saat:

- 18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden,
- 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcilerinden,
- Bilinci kapalı olan, 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.

Lütfen kendi el yazınız ile aşağıya **‘Ben bu formun içeriğini anladım ve sormak istediğim başka bir şey yok.’** yazınız. Ve bir kez daha imzalayınız.

.....