



Özel EKOL HASTANESİ
GENEL ANESTEZİ ALTINDA DIŞ TAŞI
TEMİZLİĞİ AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM
FORMU



DIŞ TAŞI TEMİZLİĞİ:

Diş taşlarının özel aletlerle temizlenmesi ve sonrasında dişler üzerindeki renklenmelerin giderilmesidir. Çocuğunuzda dişlerini fırçalamamaya bağlı olarak dişler üzerinde biriken plak ve bakterilerin neden olduğu dişeti hastalığı saptanabilir. Detartraj-Polisaj adı verilen işlemle dişler üzerinde biriken ve dişeti hastalığına neden olan plak ve diş taşları uygun aletlerle uzaklaştırılır ve daha sonra dişlere uygun patlarla polisaj işlemi yapılır. Bu işlem sırasında dişetlerinde kanama, işlem sonrasında dişlerde hassasiyet olabilir. İşlem sonrasında önerilen ağız bakımı uygulamalarına uymanız gereklidir. Bazı sistemik hastalıklara bağlı olarak gelişebilen, dişeti ve çevre dokuları daha ileri derecede etkileyen gingivitis ve periodontitis durumlarında subgingival küretaj (derin dişeti tedavisi) veya kök yüzeyi tedavisiyle dişetin altında hastalığa neden olan plak, diş taşı ve diğer etkenlerin uzaklaştırılması gerekebilir. Bu işlemlerin uygulanması esnasında dişetlerinde kanama olması olağandır. Bu tedaviler esnasında gerektiği durumda lokal anestezi uygulanabilir. Eğer gerek görülürse tedavi öncesi ve sonrasında antibiyotik, ağrı kesici (antiinflamatuvar) ilaçlar ve gargara reçete edilebilir. Önerilen ilaçların prospektüsünde belirtilmiş olan yan etkiler görülebilir.

Tedaviden sonra: Dişlerde soğuk-sıcak hassasiyeti gelişebilir.

Tedavi yapılmazsa: Ağız hijyeni bozulur. Ağız kokusu oluşur.

Olası komplikasyonlar: Tedavi sonrası ağız bakımı yetersiz olursa tekrarlayabilir. **Tedavi yapılmazsa:** Dişeti iltihabı kemik yıkımına kadar ilerleyebilir.

İşlemin alternatifi: Yok.

İşlemin ortalama süresi 20 dk.

YUKARIDA YAZILANLARI OKUDUĞUNUZU, DOKTORUNUZA GENEL DURUMUNUZLA İLGİLİ DOĞRU BİLGİLER VERDİĞİNİZİ, KOMPLİKASYONLAR HAKKINDA SÖZLÜ VE YAZILI AYDINLATILDIĞINIZI, BUNLARI GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURARAK TEDAVİYİ DURDURMA VEYA REDDETME HAKKINIZ OLDUĞUNU BİLEREK DIŞ HEKİMİNİZ TARAFINDAN YAPILACAK MUAYENE VE TEDAVİLERİ KABUL EDİYOR VE ONAYLIYORSANIZ;

El yazınızla “ OKUDUM, ANLADIM ” ve ADINIZI- SOYADINIZI yazarak imzalayınız.

Hastanın,
Adı Soyadı :
T.C. Kimlik No :

Yukarıdaki bilgileri sözel olarak
Hasta/Hastanın Velisi/Yasal Vasisine anlattım.

Velisinin,
Adı Soyadı :
T.C. Kimlik No :
Tarih :

Hastadan Sorumlu Hekim
Adı-Soyadı :
TC. Kimlik No :

İmza :

İmza :

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.157	19.01.2023	00	-	1/1