



Özel Ekol Hastanesi
AMPUTASYON (DİŞ) AMELİYATI
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.RB.184	13.12.2024	01	13.01.2025	1 / 3

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

Ana adı:
Baba adı:
TC Kimlik No:

Sayın Hasta, Sayın Veli /Vası;

Lütfen formu dikkatlice okuyun ve soruları cevaplayın! Sağlık durumunuz ve size önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri, hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etme veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz. Sizden okuyup anlamamanızı istediğimiz bu belge sizi tedaviniz sırasında uygulanacak işlemler hakkında bilgilendirmek ve bu uygulamaların gerçekleştirilmesi hususunda onayınızı almak için 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:

Genel Bilgilendirme

Süt dişlerinde veya kök ucu açık daimi dişlerde, çürük temizlenirken veya bir darbe sonucu sinirin mekanik olarak açığa çıkması sonrasında kron sinirinin alınması işlemidir. Kök ucu açık daimi dişlerde tam veya parsiyel amputasyon dişin durumuna göre yapılabilmekte, böylece kök gelişiminin tamamlanması sağlanabilmektedir.

Önerilen Tedavinin Avantajları ve Riskleri:

Tedavi yapılmazsa: Çürük ilerleyerek kanal tedavisi gereksinimine ve hatta diş kaybına neden olabilir.

Riskleri;

Çocuk hareket ederse kesici aletlerle çalışılması nedeniyle dil, dudak ve yanaklarda kesi oluşabilir. Çürüğün büyüklüğüne bağlı olarak dişte kırılma, dolguda düşme, soğuk-sıcak hassasiyeti ve ağrı oluşabilir. Bu nedenle amputasyon ve dolgusu yapılan diş kanal tedavisi veya çekim gerektirebilir.

Önerilen Tedavinin Varsa Alternatifleri: Yok.

İşlemin Tahmini Süresi : 30 – 45 dakikadır.

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

 Ekol Hastanesi	Özel Ekol Hastanesi AMPUTASYON (DİŞ) AMELİYATI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			
<i>Doküman No</i> HD.RB.184	<i>Yayın Tarihi</i> 13.12.2024	<i>Revizyon No</i> 01	<i>Revizyon Tarihi</i> 13.01.2025	<i>Sayfa No</i> 2 / 3

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbî Yardıma Nasıl Ulaşılabileceği

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
AMPUTASYON (DİŞ) AMELİYATI
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



<i>Doküman No</i> HD.RB.184	<i>Yayın Tarihi</i> 13.12.2024	<i>Revizyon No</i> 01	<i>Revizyon Tarihi</i> 13.01.2025	<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.

.....