



EGE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
MESLEKİ BECERİ REHBERLERİ

Bu rehber, fakültemiz anabilim dalları tarafından preklinik ve klinik eğitim sürecinde sunulan mesleki beceri eğitimlerine yönelik işlem başmaklarının sunulması amacıyla hazırlanmıştır.

Preklinik ve klinik eğitim sırasında yapılan değerlendirmeler, her anabilim dalının bu rehberleri referans alarak hazırladığı standart ve objektif Klinik Değerlendirme Formları kullanılarak yapılmaktadır.

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Amalgam Dolgu (Restorasyonu) Sökümü</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar.	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<i><u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u></i>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Üniten hazırlanması	
c.	Amalgam sökümü için uygun aspirasyon sistemi veya rubber-dam 'ın hazırlanması	
2.	<i><u>Endikasyon Konması</u></i>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
3.	<i><u>Kavitenin Hazırlanması</u></i>	
a.	Amalgamın kaviteden uzaklaştırılması	
b.	Ağız ortamına saçılan amalgam parçalarının merkezi atık sistemine gitmeden bertaraf edilmesi	
c.	İnce, desteksiz ve restore edilemeyecek sert diş dokularının kaldırılması	
d.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi (gerekli ise)	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Cam iyonomer Siman Restorasyon</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Üniten hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi	
b.	Kavitenin şekillendirilmesi	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Dycal, Kalsiyum Hidroksit, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
5.	<u>Cam İyonomer Simanın Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Gerekli malzemelerin temini	
b.	Materyalin karıştırılması ve hazırlanması	
c.	Kaviteye asit uygulanması	
d.	Cam iyonomer simanın kaviteye yerleştirilmesi	
e.	Bitirme – Düzeltme - Polisaj	
f.	Vernik uygulanması	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Dentin hassasiyetinin kimyasal ajanlar ile tedavisi</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Üniten hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
d.	İlgili dişlerdeki açığa çıkan dentin alanlarının tespiti	
3.	<u>Hassasiyet Giderici Ajanın Uygulanması</u>	
a.	İlgili dişin ve çalışma alanının izolasyonu	
b.	Hassasiyet giderici ajanın (Potasyum nitrat, Flor preparatları, vb.) temin edilmesi	
c.	Hassas olan dentin dokusuna kimyasal ajanın tatbik edilmesi (gerekli ise tekrarlı şekilde)	
d.	Kimyasal ajanın ışıkla polimerize edilmesi (gerekli ise)	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Dentin hassasiyetinin restorasyonlar ile tedavisi</i>			
Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz			
Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder			
Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar			
Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar			
Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.			
1.	<u><i>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</i></u>		
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi		
b.	Üniten hazırlanması		
2.	<u><i>Endikasyon Konması</i></u>		
a.	Anamnez alınması		
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti		
c.	Radyografinin incelenmesi		
d.	İlgili dişlerdeki açığa çıkan dentin alanlarının tespiti		
3.	<u><i>Restorasyonun Uygulanması</i></u>		
a.	İlgili dişin ve çalışma alanının izolasyonu		
b.	İlgili dişe uygun restoratif materyalin seçilmesi (cam iyonomer, akışkan rezin kompozit vb.)		
<u><i>CAM İYONOMER SİMAN</i></u>		<u><i>AKIŞKAN REZİN KOMPOZİT</i></u>	
c.	Gerekli malzemelerin temini	Uygun renk seçimi	
d.	Materyalin karıştırılması ve hazırlanması	Asit uygulaması (kullanılan adeziv sisteme uygun olarak)	
e.	Kaviteye asit uygulanması	Primer – Bond uygulaması	
f.	Cam iyonomer simanın kaviteye yerleştirilmesi	Kompozitin yerleştirilmesi ve polimerizasyonu	
g.	Bitirme – Düzeltme	Bitirme – Düzeltme	
h.	Vernik uygulanması	Polisaj	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Direkt Pulpa Kuafajı</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Kalsiyum Hidroksit, Biodentine, vb.)	
b.	Ağız içerisinde ve kavitede yeterli izolasyon sağlanması ve kanama kontrolü	
c.	Materyalin hazırlanması ve kaviteye uygulanması	
d.	Gerekli ise uygun matris takılması ve kamalama	
e.	Kavitenin uygun geçici (CİS, çinkooksit öjenol) materyali ile kapatılması.	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>DMFT / DFT indekslerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Üniten hazırlanması	
2.	<u>DMFT / DMF indekslerinin belirlenmesi</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayenede çürüklü (D) dişlerin belirlenmesi	
c.	Ağız içi muayenede aşınma ve kırık oluşmuş (D) dişlerin belirlenmesi	
d.	Ağız içi muayenede dolgulu (F) dişlerin belirlenmesi	
e.	Ağız içi muayenede protetik restorasyonu olan (F) dişlerin belirlenmesi	
f.	Ağız içi muayenede eksik (M) dişlerin belirlenmesi	
g.	Tespit edilen dişlere radyografik görüntüler yardımıyla, ağız içi muayenede konan tanının kontrol edilmesi	
h.	DMFT skoruna göre hastanın çürük risk düzeyinin belirlenmesi	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Geçici Siman Restorasyon</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun veya eski restorasyonun kaldırılabilmesi	
b.	Kavitenin şekillendirilmesi	
c.	Kavitenin temizliği ve dezenfekte edilmesi	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar (gerekli ise)</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Dycal, Kalsiyum Hidroksit, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
5.	<u>Matris – Kama Uygulaması (gerekli ise)</u>	
a.	Uygun matrisin seçilerek kaviteye uygulanması	
b.	Kamalama yapılması	
6.	<u>Geçici Restorasyon Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Gerekli malzemelerin temini (Çinko oksit öjenol, cam iyonomer, vb..)	
b.	Materyalin karıştırılması ve hazırlanması	
c.	Kavitenin izolasyonu	
d.	Geçici restorasyon materyalinin kaviteye yerleştirilmesi	
e.	Bitirme – Düzeltme	
f.	Oklüzyon kontrolü	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Geleneksel matriks sistemi uygulamaları</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi ve kavite sınırlarının tespiti	
3.	<u>Kavitenin Kontrolü</u>	
a.	Black sınıflamasına uygun olarak açılmış Sınıf II kavitenin kontrolü	
b.	Pulpayı koruyucu (Dycal, CaOH ₂ , vb.) materyalin kontrolü	
c.	Kaide materyalinin kontrolü	
4.	<u>Matris ve Kama Uygulamaları</u>	
a.	Kavite ve çalışma alanının izolasyonu	
b.	Uygun matrisin seçimi (yengeç veya yüzük matris)	
c.	Matrise ve dişe uygun bandın seçilmesi ve matrise takılması	
d.	Matrisin ilgili dişe uygulanması ve sıkılarak sabitlenmesi	
e.	Kavitenin bulunduğu tarafa uygun boyut ve ebatta kama uygulanması	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Hibrit Cam İyonomer Siman Restorasyon</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Üniten hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi ve kavitenin şekillendirilmesi	
b.	Kavitenin izolasyonu	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Dycal, Kalsiyum Hidroksit, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
5.	<u>Hibrit Cam İyonomer Simanın Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Gerekli malzemelerin temini	
b.	Kaviteye asit uygulanması (gerekli ise)	
c.	Kaviteye adeziv sistem (primer-bond) uygulanması (gerekli ise)	
d.	Materyalin hazırlanması ve kaviteye (tabanca ile) uygulanması	
e.	Materyalin ışıkla polimerizasyonu	
f.	Bitirme – Düzeltme - Polisaj	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>İndirekt Pulpa Kuafajı</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar</u>	
a.	Ağız içerisinde ve kavitede yeterli izolasyon sağlanması	
b.	Uygun materyal seçimi (Dycal, Kalsiyum Hidroksit, vb.)	
c.	Materyalin hazırlanması ve kaviteye uygulanması	
d.	Gerekli ise uygun matris takılması ve kamalama	
e.	Uygun daimi restorasyon (Ag, Kompozit, vb.) materyali ile kapatılması	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Kompozit Dolgu (Restorasyonu) Sökümü</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<i><u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u></i>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
c.	Kompozit sökümü için uygun aspirasyon sistemi veya rubber-dam 'ın hazırlanması	
2.	<i><u>Endikasyon Konması</u></i>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
3.	<i><u>Kavitenin Hazırlanması</u></i>	
a.	Kavitede kalan kompozit artıklarının diş dokularına zarar vermeden uzaklaştırılması	
b.	İnce, desteksiz ve restore edilemeyecek sert diş dokularının kaldırılması	
c.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi (gerekli ise)	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Çürüğün geleneksel mekanik yöntemler ile uzaklaştırılması</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene ve radyografi yardımıyla ilgili dişin tespiti	
c.	Çürük ve sağlıklı diş sert dokularının ayırt edilebilmesi	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Aerretör (elmas frez) yardımıyla çürük çevresindeki sarkık ve zayıf minenin kaldırılması	
b.	Ekskavatör yardımıyla kavite içerisindeki serbest çürük dokunun uzaklaştırılması	
c.	Anguldruva (çelik frez) yardımıyla öncelikle pulpal alandan uzak kavite duvarlarından çürük dokuların temizlenmesi	
d.	Ekskavatör yardımıyla pulpal duvardaki çürük dokunun uzaklaştırılması	
e.	Pulpanın ağız ortamına açık olup olmadığının (ekspoze) tespiti	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Minimal invaziv restorasyonlar</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Üniten hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene ve radyografi yardımıyla ilgili dişin tespiti	
3.	<u>Minimal İnvaziv Kavite Kurallarına Uygun Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi (gerekli ise)	
b.	Kavite kenarlarına bizotaj yapılması, Kalan mine dokusu ve kavite kenarlarının kontrolü	
4.	<u>Restorasyon Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Kavitenin ve çalışma alanının izolasyonu	
b.	Uygun renk seçimi	
c.	Gerekli ise uygun matris – band ve kama uygulaması	
d.	Asit / conditioner Uygulaması (kullanılan adeziv sistemin talimatlarına uygun olarak)	
e.	Primer – Bond Uygulaması (gerekli ise)	
f.	Restorasyonun Yerleştirilmesi	
g.	Restorasyonun Polimerizasyonu (gerekli ise)	
h.	Bitirme – Düzeltme - Polisaj	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Restorasyon tamiri (amalgam)</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene ve radyografi yardımıyla ilgili dişin tespiti	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Kırılan diş dokusuna / amalgama komşu alandan yeterli miktarda (en az 2 mm.) kalınlıkta amalgamın sökülmesi veya amalgam kenarlarına bizotaj yapılması	
b.	Black kurallarına uygun amalgam kavitesinin hazırlanması	
4.	<u>Kaide Konulması (Gerekli ise)</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Çinko oksit öjenol, çinko fosfat, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
5.	<u>Matris ve Kama Uygulamaları (Gerekli ise)</u>	
a.	Uygun matrisin seçimi (yengeç, yüzük, bölümlü matris vb.)	
b.	Matris ve kama uygulanması	
6.	<u>Amalgam Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Kavitede ve çalışma alanında yeterli izolasyon sağlanması	
b.	Kaviteye amalgam tabancası ile amalgamın uygulanması,	
c.	Amalgamın kaviteye fulvar yardımıyla kondansasyonu,	
d.	Amalgamın modelasyonu ve burnishing yapılması	
e.	Amalgamın polisajı (en az 24 saat sonra)	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Restorasyon tamiri (kompozit)</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene ve radyografi yardımıyla ilgili dişin tespiti	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Kırılan diş dokusuna / kompozite komşu alandan yeterli miktarda (en az 2 mm.) kalınlıkta restorasyon sökülmesi veya kavite kenarlarına bizotaj yapılması	
b.	Kavitenin “minimal invaziv kavite” kurallarına uygun hazırlanması	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Dycal, Kalsiyum Hidroksit, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
5.	<u>Matris ve Kama Uygulamaları</u>	
a.	Uygun matrisin seçimi (yengeç, yüzük, bölümlü matris vb.)	
b.	Matris ve kama uygulanması	
6.	<u>Kompozit Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Uygun renk seçimi	
b.	Asit Uygulaması	
c.	Primer – Bond Uygulaması (silanlı veya universal tip)	
d.	Kompozitin Yerleştirilmesi ve Polimerizasyonu	
e.	Bitirme – Düzeltme - Polisaj	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Sınıf I Restorasyon (Amalgam)</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Üniten hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi	
b.	Black kurallarına uygun kavite hazırlanması	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar (Eğer gerekli ise)</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Dycal, Kalsiyum Hidroksit, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
5.	<u>Kaide Konulması</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Çinkooksit ojenol, cam iyonomer siman, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
6.	<u>Amalgam Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Amalgamın hazırlanması	
b.	Kaviteye amalgam tabancası ile amalgamın uygulanması,	
c.	Amalgamın kaviteye fulvar yardımıyla kondansasyonu,	
d.	Amalgamın modelasyonu ve burnishing yapılması	
e.	Amalgamın polisajı (en az 24 saat sonra)	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Tek yüzölü (Sınıf I) Rezin Kompozit Restorasyonu</i>		
Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz		
Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder		
Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar		
Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar		
Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.		
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi	
b.	Minimal invaziv kavite kurallarına uygun kavite hazırlanması	
c.	Kavite kenarlarında bizotaj yapılması	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar (eğer gerekli ise)</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Dycal, Kalsiyum Hidroksit, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
c.	Fazla materyalin kavite duvarlarından temizlenmesi	
5.	<u>Kaide Konulması (eğer gerekli ise)</u>	
a.	Uygun materyal ve ekipmanların temini(cam iyonomer siman)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
c.	Fazla materyalin kavite duvarlarından temizlenmesi	
d.	Kaidenin uygun yüksekliğe getirilmesi ve düzgünleştirilmesi	

6.	<u>Kompozit Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Uygun renk seçimi	
b.	Asit Uygulaması (kullanılan adeziv sistemin talimatlarına uygun olarak)	
c.	Primer – Bond Uygulaması	
d.	Kompozitin Yerleştirilmesi ve Polimerizasyonu	
e.	Bitirme – Düzeltme - Polisaj	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Sınıf II Restorasyon (Amalgam)</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi	
b.	Black kurallarına uygun kavite hazırlanması	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Dycal, Kalsiyum Hidroksit, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
5.	<u>Kaide Konulması</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Çinko oksit öjenol, çinko fosfat, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
6.	<u>Matris ve Kama Uygulamaları</u>	
a.	Uygun matrisin seçimi (yengeç, yüzük, bölümlü matris vb.)	
b.	Matris ve kama uygulanması	
c.	Kavite ve çalışma alanının izolasyonu	

7.	<u>Amalgam Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Amalgamın hazırlanması	
b.	Kaviteye amalgam tabancası ile amalgamın uygulanması,	
c.	Amalgamın kaviteye fulvar yardımıyla kondansasyonu,	
d.	Amalgamın modelasyonu ve burnishing yapılması	
e.	Amalgamın polisajı (en az 24 saat sonra)	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Sınıf II Restorasyon (Rezin Kompozit)</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi	
b.	Minimal invaziv kavite kurallarına uygun hazırlanması	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Dycal, Kalsiyum Hidroksit, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
5.	<u>Kaide Konulması</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Cam iyonomer, Polikarboksilat, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
6.	<u>Matris ve Kama Uygulamaları</u>	
a.	Uygun matrisin seçimi (yengeç, yüzük, bölümlü matris vb.)	
b.	Matrisin ve kama uygulanması	
c.	Kavite ve çalışma alanının izolasyonu	

7.	<u>Kompozit Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Uygun renk seçimi	
b.	Asit Uygulaması (Gerekli ise)	
c.	Primer – Bond Uygulaması	
d.	Kompozitin Yerleştirilmesi ve Polimerizasyonu	
e.	Bitirme – Düzeltme - Polisaj	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Sınıf III Restorasyon (Rezin Kompozit)</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Üniten hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi	
b.	Minimal invaziv kavite kurallarına uygun hazırlanması	
c.	Kavite kenarlarına bizotaj yapılması	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Dycal, Kalsiyum Hidroksit, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
5.	<u>Kaide Konulması (Gerekli ise)</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Cam iyonomer, Polikarboksilat, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
6.	<u>Matris ve Kama Uygulamaları</u>	
a.	Şeffaf matris bandının uygulanması,	
b.	Kama uygulanması	

7.	<u>Kompozit Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Uygun renk seçimi	
b.	Asit Uygulaması (Gerekli ise)	
c.	Primer – Bond Uygulaması	
d.	Kompozitin Yerleştirilmesi ve Polimerizasyonu	
e.	Bitirme – Düzeltme - Polisaj	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Sınıf IV Restorasyon (Rezin Kompozit)</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene yapılarak ilgili dişin tespiti	
c.	Radyografinin incelenmesi	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi	
b.	Minimal invaziv kavite kurallarına uygun hazırlanması	
c.	Kavite kenarlarına bizotaj yapılması	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Dycal, Kalsiyum Hidroksit, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
5.	<u>Kaide Konulması (Gerekli ise)</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Cam iyonomer, Polikarboksilat, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
6.	<u>Matris ve Kama Uygulamaları</u>	
a.	Şeffaf matris bandının uygulanması,	
b.	Kama uygulanması	

7.	<u>Kompozit Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Uygun renk seçimi	
b.	Asit Uygulaması (Gerekli ise)	
c.	Primer – Bond Uygulaması	
d.	Kompozitin Yerleştirilmesi ve Polimerizasyonu	
e.	Bitirme – Düzeltme - Polisaj	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Sınıf V Restorasyon (Amalgam)</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene ve radyografi (gerekli ise) yardımıyla ilgili dişin tespiti	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi	
b.	Black kurallarına uygun kavite hazırlanması	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar (Eğer gerekli ise)</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Dycal, Kalsiyum Hidroksit, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
5.	<u>Kaide Konulması</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Çinkooksit ojenol, cam iyonomer siman, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
6.	<u>Amalgam Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Kavite ve çalışma alanında izolasyon sağlanması	
b.	Kaviteye amalgam tabancası ile amalgamın uygulanması,	
c.	Amalgamın kaviteye fulvar yardımıyla kondansasyonu,	
d.	Amalgamın modelasyonu ve burnishing yapılması	
e.	Amalgamın polisajı (en az 24 saat sonra)	

RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI

<i>Tek yüzlü (Sınıf V) Rezin Kompozit Restorasyonu</i>		
	Enfeksiyon kontrolü açısından kliniğe uygun kıyafetler ile gelir (önlük, klinik pantolonu vb.), toka, takı, aksesuar, oje vb. kullanmaz	
	Kişisel koruyucu ekipmanlarını giymeden önce ellerini sıvı sabun ve akan su altında yıkar ve alkol bazlı el dezenfektanı ile dezenfekte eder	
	Hastanın şikayetlerini dikkate alır ve hastanın bilişsel ve kültürel düzeyine uygun iletişim kurar	
	Onamın yazılı olarak alınmasından ve imzalatılmasından önce tedavi ile ilgili bilgilerin hasta tarafından sözlü olarak onaylanmasını sağlar	
	Tüm dental tedaviler sırasında uygun KKE (eldiven, maske, koruyucu gözlük, bone, yüz maskesi, önlük) kullanır.	
1.	<u>Çalışma Alanının ve Hastanın Hazırlanması</u>	
a.	Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) giyilmesi	
b.	Ünitenin hazırlanması	
2.	<u>Endikasyon Konması</u>	
a.	Anamnez alınması	
b.	Ağız içi muayene ve radyografi (gerekli ise) yardımıyla ilgili dişin tespiti	
3.	<u>Kavitenin Hazırlanması</u>	
a.	Çürük dokunun kaldırılabilmesi	
b.	Minimal invaziv kavite kurallarına uygun kavite hazırlanması	
c.	Kavite kenarlarında bizotaj yapılması	
4.	<u>Pulpayı Koruyucu Uygulamalar (eğer gerekli ise)</u>	
a.	Uygun materyal seçimi (Dycal, Kalsiyum Hidroksit, vb.)	
b.	Materyalin karıştırılması ve kaviteye uygulanması	
c.	Fazla materyalin kavite duvarlarından temizlenmesi	
5.	<u>Kompozit Uygulama Aşamaları</u>	
a.	Uygun renk seçimi	
b.	Asit Uygulaması (kullanılan adeziv sistemin talimatlarına uygun olarak)	
c.	Primer – Bond Uygulaması	
d.	Kompozitin Yerleştirilmesi ve Polimerizasyonu	
e.	Bitirme – Düzeltme - Polisaj	

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ ve ÇENE RADYOLOJİSİ ANABİLİM DALI

GENEL VE SORUNA YÖNELİK ÖYKÜ (ANAMNEZ) ALABİLME ALMA BECERİ
REHBERİ

Görüşmeyi Başlatma

1. Başvurayı/hastayı selamlama/uygun şekilde karşılama

Hastayla görüşmeye başlamadan önce üzerinizde temiz ve ütülü klinik önlüğü olmasına dikkat ediniz. Kişisel hijyeninize özen göstererek hastayı karşılayınız. Görüşmeye başlarken başvurayı/hastayı selamlayınız ve ona “hoş geldiniz” deyiniz. Selamlamayı jest ve mimiklerinizi kullanarak yapınız. Başvurayı/hastayı ayağa kalkarak karşılayınız.

2. Kendini tanıtmak

Kendinizi tanıtırken isminizin önüne unvanınızı ekleyebilirsiniz (Dönem I Öğrencisi Ayşe Coşkun, Stj. Dr. Ali Gezen, vb).

3. Başvurayı/hastayı kendini rahat hissedebileceği yere alma, gerekli mahremiyeti sağlama ve oturabileceği yer gösterme

Başvurayı/hastayı kendini rahat hissedebileceği yere alınız. Hasta mahremiyetini korumak amacıyla, hekim ve yardımcısı dışında kimseyi muayene/tedavi odasına almayınız. Başvuran/hasta ile sessiz bir ortamda görüşünüz. Başvuran/hastaya “buyurun, şu koltuğa oturunuz” gibi sözel bir ifade kullanınız veya elinizle başvurana/hastaya oturabileceği yeri işaret ediniz.

4. Başvuranın/hastanın adını sorma, konuşma sırasında başvurana isimle hitap etme

Başvuranın/hastanın ismini öğreniniz ve bütün görüşme sürecinde ona isimle hitap ediniz. İsim kullanırken “Ayşe Hanım” “Ali Bey” gibi ifadeleri tercih edebilirsiniz.

5. Başvuranın/hastanın neden başvurduğunu öğrenmeye yönelik açık uçlu soruyla başlama

Başvuranın/hastanın yakınmalarını rahatça söylemesini sağlayacak şekilde açık uçlu soruyla başlayınız. (“Şikâyetiniz ne? Sizi buraya getiren sorun nedir? Ne şikâyetiniz var?” gibi) Başvuranın/hastanın sorununu çok kısa, birkaç sözcükle dile getirdiği durumlarda “Başka ne söyleyebilirsiniz?” gibi sorular sorunuz.

6. Başvuranın/hastanın sözlerini bölmeden dinleme

Özellikle başvuran/hasta açık uçlu soruları yanıtlarken arada geçen bazı noktaları açıklamak için ya da o noktaların anımsattığı yeni soruları sorarak hastanın konuşmasını bölmeyiniz. Bir şey söylemek istediğiniz zaman konuşmasını bitirmesini bekleyiniz. Başvuran/hastanın konuşması için zaman tanıyınız. Görüşme sürecinde zaman zaman sessizlikler olmasını doğal karşılayınız.

7. Karşılıklı anlayışı geliştiren vücut dilini (göz teması, yüz ifadesi, duruş, ses tonu) kullanma

Başvuran/hasta ile iyi iletişim kurabilmenin en önemli bileşenlerinden birisi sözsüz iletişim basamaklarını doğru uygulamaktır. Başvuran/hasta ile göz teması kurma, olumlu yüz ifadesi, ses tonu temel sözsüz iletişim basamakları arasında yer almaktadır. Başvuran/hasta ile konuşurken onunla göz teması kurunuz, ancak bunun hastayı rahatsız edecek ölçüde uzun olmasından kaçınınız. Yüz ifadenizin olumlu olmasına dikkat ediniz ve hastanın sizi duyabileceği bir ses tonu ile konuşunuz.

8. Başvuranın/hastanın anlatımıyla sorunun/başvuru nedenini öğrenmek için açık uçlu ve yönlendirici olmayan sorular sorma ve başvuru nedeninin ayrıntısını dinleme

Başvuranın/hastanın başvuru nedeninin ayrıntısına yönelik sorular sorunuz. “sorunuzun... olduğu” söylediniz. Bu konuda biraz daha ayrıntılı bilgi verebilir misiniz?” gibi sorular yöneltilebilir. “Eklemek istediğiniz bir şey var mı?” diyerek anlatımın olabildiğince geniş olmasını sağlayınız. Başvuran/hasta çok detaylı ve ana konudan uzak bir anlatıma yönelirse “Yakınmanızla/sorunuzla ilgili olarak ne anlatabilirsiniz?” ya da “Öncelikle yakınmanızı/sorununuzu anlatırsanız” diyerek konuya çekiniz. “Evet/Hayır” gibi tek yanıtı olan sorular konuşmayı sınırlandırır ve iletişimin tek yönlü olmasına neden olur. Sorunun/başvuru nedeninin ayrıntısını öğrenmeyi sağlayacak “açık uçlu sorular” sorunuz (örnek: “... sorunuzun sizi nasıl etkilediğini söyler misiniz?” vb).

9. Başvuranın/hastanın anlatımına ilgi gösterme ve “etkin” dinleme

Başvuran/hastayı “etkin dinleme becerisi” ne sahip olmak iletişim açısından çok önemli bir basamaktır. Etkin ya da diğer bir ifadeyle aktif dinleme başvuran/hastanın güven ve samimiyetini kazanmayı sağlayan, düşünce ve duygularını açıkça ifade edebilmelerine olanak veren bir iletişim tekniğidir. Bu nedenle başvuran/hastanın konuştuğu şeyleri yargılamadan kabul ediniz. Daha sonra söylenenleri kendi sözcüklerinizle ifade ediniz, ya da imalarınızı empati yoluyla belirtiniz. Etkin dinleme sırasında “biraz daha anlatabilir misiniz?” “Şöyle mi yoksa böyle mi demek istediniz?”, “Biraz daha açıklayabilir misiniz?” gibi soru ifadeleri kullanabilirsiniz.

10. Görüşme sırasında başka işlerle meşgul olmama

Başvuran/hasta ile görüşme sırasında bütün ilginizi karşınızdaki kişiye yöneltiniz. Bu süreçte başka hiçbir işle meşgul olmayınız (Örneğin cep telefonu ile konuşmayınız, başka kişilerle ilgilenmeyiniz, vb).

11. Konuşmayı bölmeden notlar alma

Her görüşmede not almak gerekmebilir, sadece belli noktaları ve kritik bilgileri görüşmeyi bölmeyecek şekilde ve çoğu zaman başvuranla/hastayla göz temasını kesmeden not alınız.

12. Başvurayı/hastayı sorununu aktarma konusunda yüreklendirme

Başvuranın/hastanın duraksadığı anlarda başını sallayarak, “hı hı” veya “devam edin, dinliyorum” diyerek onu daha fazla anlatmaya, ayrıntıları aktarmaya teşvik ediniz. Bazen başvuranın/hastanın son tümcesini ya da sözcüğünü soru olarak yöneltmek sözlü iletişimi sağlar.

13. Başvuranın/hastanın anlayacağı bir dil kullanma

Tıbbi sözcük ve deyimleri kullanmamaya özen gösteriniz. “Ağrının lokalizasyonunu gösterir misiniz?” yerine “Ağrının yerini gösterir misiniz?” sorusu daha anlaşılır olacaktır.

14. Edinilen bilgileri özetleme ve başvuranın varsa ek açıklamalar yapmasına olanak sağlama

Konuşulan bilgileri başvuranın/hastanın doğrulaması varsa ek açıklamalar yapması için şimdiye kadar konuşulanları özetleyiniz.

15. Başvuranın/hastanın problemi algılama biçimine, probleminden etkilenişine, beklentilerine ve düşüncelerine yönelik sorular sorma

Başvurana/hastaya “bu sorun sizin ve ailenizin yaşamını nasıl etkilemekte/etkileyecek, iş/okul/günlük yaşantınız herhangi bir değişiklik yaratacak mı?” gibi sorular sorunuz.

16. Kendini başvuranın yerine koyma (empati yapma)

Görüşme sırasında hekimin kendisini başvuranın/hastanın yerine koyması (empati yapması) önemlidir. Başvuran/hasta bu yolla kendisini güvende hisseder. Bu nedenle başvuran/hasta başvurma nedeni ile ilgili ayrıntıları anlattıktan sonra “sizi anlıyorum”, “kendimi sizin yerinize koyduğumda”, “sizin gibi düşünmeye çalıştığımda”, “sıkıntılarınızı anlıyorum”, “birlikte çözüm yollarını düşünebiliriz” gibi ifadeler kullanınız.

17. Başvuranın duygu ve tepkilerine yanıt verme

Başvuran/hastanın verdiği tepkiler karşısında sakın, kararlı, sağduyulu ve tarafsız olmaya çalışınız.

AĞIZ DIŞI MUAYENE BECERİ REHBERİ

1. El hijyenini sağlamak ve koruyucu tedbirleri almak
2. Hastanın yaşına uygun gelişimini inspeksiyonla değerlendirmek
3. Hastanın boy kilo oranını inspeksiyonla değerlendirmek
4. Hastanın yürüyüş ve duruşunu inspeksiyonla değerlendirmek
5. Hastada fasiyal veya genel asimetri varlığını inspeksiyonla değerlendirmek
6. Hastanın cildinin durumunu inspeksiyonla incelemek
7. Hastanın el içi ve tırnaklarının inspeksiyonla muayenesi
8. Hastanın gözlerinin morfolojik yönden inspeksiyonla muayenesi
9. Hastanın saçlı derisinin inspeksiyonla değerlendirilmesi
10. Hastanın kaşlarının inspeksiyonla değerlendirilmesi
11. Hastanın kirpiklerinin inspeksiyonla değerlendirilmesi
12. Hastanın boyun bölgesinin inspeksiyon ve palpasyonla değerlendirilmesi
13. Hastanın baş ve boyun lenflerinin palpasyonu
14. Hastanın temporomandibuler ekleminin inspeksiyon ve palpasyonla muayenesi
15. Hastanın ağız açıklığının inspeksiyonla değerlendirilmesi
16. Hastanın çiğneme kaslarının palpasyonla değerlendirilmesi
17. Hastanın tükürük bezlerinin fonksiyonunun değerlendirilmesi

AĞIZ İÇİ MUAYENE MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hastanın dudak mukozalarının inspeksiyon ve palpasyonla değerlendirilmesi
2. Hastanın dilinin inspeksiyon ve palpasyonla muayenesi
3. Ağız tabanının inspeksiyon ve palpasyonla muayenesi
4. Yanak mukozalarının inspeksiyon ve palpasyonla değerlendirilmesi
5. Sert ve yumuşak damağın inspeksiyon ve palpasyonla değerlendirilmesi
6. Orofarengeal alanın inspeksiyon ve palpasyonla değerlendirilmesi
7. Ağız açıkken dişlerin sayısı, şekli ve pozisyonlarının değerlendirilmesi
8. Dişler kapanıştayken kapanışın değerlendirilmesi
9. Diş yüzeylerinin değerlendirilmesi öncesinde dişlerin hava su spreyi kullanılarak kurutulması ve eklentilerin uzaklaştırılması
10. Dişlerin düz yüzeylerinin yüzey devamlılığının künt uçlu sond ile muayenesi
11. Dişlerin çiğneyici yüzlerinin künt uçlu sond ile muayenesi
12. Mevcut restorasyonların kenar uyumu, oklüzyon, çevre dokularda irritasyon ve stabilite yönünden inspeksiyonla değerlendirilmesi
13. Radyografik değerlendirmenin gerekliliğine karar verilmesi
14. Dişin canlılığının değerlendirilmesine karar verilmesi
15. Konsültasyonun gerekliliğine karar verilebilmesi

TEMPOROMANDİBULER EKLEM MUAYENE REHBERİ

1. Anamnez alınarak hastanın temel şikâyeti öğrenilir.
2. Anamnez genişletilerek TME ağrısıyla karışabilecek dental kaynaklı ağrılar intra-oral ve radyolojik muayene rehberliğinde elimine edilir.
3. TME'ye yönelik şikâyetin başlangıç zamanı, süresi; tetikleyici faktör olup olmadığı ve hangi durumlarda arttığı/azaldığı öğrenilir.
4. Kulak ağrısı, baş ağrısı, temporal bölgeye veya yüze yayılan ağrı olup olmadığı sorgulanır.
5. TME'de dejenerasyona neden olabilecek indirekt/direkt travma; brüksizm gibi parafonksiyonel alışkanlıklar, geçirilmiş medikal ve dental tedaviler; mesleki ve sosyal aktiviteler sorgulanır.
6. Trismus, spontan dislokasyon veya sublüksasyon öyküsü sorgulanır.
7. Yüz asimetri yönünden kontrol edilir.
8. Hastanın karşısına geçerek, eller, işaret ve orta parmaklar bitişik olacak şekilde kulak önüne, kondil yan yüzlerine yerleştirilir (extra-auricular teknik).
9. Serçe parmaklar, parmak içleri ekleme bakacak şekilde kulak içine yerleştirilir (intra-auricular teknik).
10. Hastaya ağzını yavaşça açıp kapatması söylenerek açma-kapama hareketi sırasında TME ağrı, ses (klik/krepitasyon) ve kondil hareketlerinin düzeni açısından kontrol edilir.
11. Ağzı açma-kapama sırasında deviasyon/defleksiyon olup olmadığı kontrol edilir.
12. Maksimum ağız açıklığının (40 mm) ve lateral hareketlerde alt çene hareketlerinin (7 mm) yeterli olup olmadığı kontrol edilir.
13. Masseter kas muayenesi için; hastaya dişlerini sıkması söylenerek işaret parmağı ve başparmak ağız dışından masseter kas hizasına yerleştirilir ve kas palpe edilerek ağrı/hassasiyet olup olmadığı kontrol edilir.
14. Temporal kas muayenesi için; hastaya dişlerini sıkması söylenerek
 - ön bölümü zigomatik arkın üstü ve TME'nin önü hizasından
 - orta bölümü zigomatik arkın ve TME'nin üstü hizasından
 - arka bölümü kulağın üstü ve arkası hizasından palpe edilir ve ağrı/hassasiyet olup olmadığı kontrol edilir.
15. Lateral pterigoid kas muayenesi için; serçe parmak ağız içinde, üst üçüncü molar diş bölgesinden tüber maksillaya doğru vestibül sulkusa yerleştirilerek bu bölge palpe edilir ve ağrı/hassasiyet olup olmadığı kontrol edilir.

16. Mediyal pterigoid kas muayenesi için, işaret parmağı ağız içinde, alt çenede üçüncü molar dişin arkasından mandibular ramus üzerinde laterale doğru yerleştirilir ve ağrı/hassasiyet olup olmadığı kontrol edilir.

17. Eklemi oluşturan kemik yapılarıdaki patolojilerin değerlendirilmesi için panoramik ve eklem grafisi üzerinden radyolojik muayene yapılır.

18. Gerekli görüldüğü durumlarda kemik dokusuna ait detaylı bilgi için DVT, TME'nin yumuşak doku komponentine (disk) ait bilgi için MR gibi ileri görüntüleme tekniklerine başvurulur.

19. Hasta, uygun görülen tedaviler için ilgili bölümlere yönlendirilir.

PERİAPİKAL RADYOGRAFİ ÇEKİMİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

(AÇI-ORTAY TEKNİĞİ)

1. Hastayı koltuğa oturtma, tetiyeri düzeltme
2. Hastayı ağızındaki hareketli protezleri ve varsa gözlüğünü çıkarması konusunda uyarma
3. Hastaya kurşun önlük ve tiroid koruyucusunu giydirme
4. Görüntülenecek dişlerin okluzal düzlemi yer düzlemine paralel, başın sagittal düzlemi yere dik olacak şekilde hastanın başını konumlandırma
5. Makinanın ışınlama parametrelerini ayarlama/kontrol etme (kVp, mA, ışınlama süresi)
6. Görüntülenecek dişler filmin/sensörün merkezinde olacak şekilde filmi dişlerin arkasında konumlandırma
7. Molar ve premolar dişlerin projeksiyonu için filmi/sensörü yatay olarak, kanin ve keser dişler için ise filmin/sensörün uzun eksenini dişlerin uzun eksenine paralel olacak şekilde yerleştirme
8. Maksiler projeksiyon için hastanın başparmağı, mandibular projeksiyon için ise hastanın işaret parmağını kullanarak filmi/sensörü tutmasını sağlama (sağ dişlerden film alınacak ise hasta sol elini, sol dişlerden film alınacak ise hasta sağ elini kullanmalıdır)
9. Film/sensörü dişlerin uzun eksenine paralel olarak yerleştirme
10. Filmin/sensörün 0,5 cm kadar dişlerin okluzal yüzeyinin altına veya üstüne sarktığını kontrol etme
11. Röntgen tübünün (konunun/radyasyon çapının) filmin/sensörün tamamını içine aldığını kontrol etme
12. Santral ışını film/sensör ile diş düzlemi arasındaki açının açı-ortayına dik gelecek şekilde yönlendirme
13. Hızlı bir şekilde ışınlama parametrelerini, filmin/sensörün ve konun pozisyonunu, hastanın duruşunu tekrar kontrol ettikten sonra, hastaya hareketsiz kalmasını söyleme
14. Primer ve sekonder radyasyon alanından uzaklaşma
15. Işınlama düğmesine basma ve sinyal sesi duyuluncaya dek basılı tutma
16. Film/sensörü hastanın ağızından uzaklaştırma
17. Röntgen tüpünü hastadan uzaklaştırma, kurşun önlüğü ve tiroid koruyucusunu çıkartma, hastayı koltuktan kaldırıp röntgen odasından uzaklaştırma
18. Banyo veya tarama işlemleri sonrasında gerekli ise çekimi tekrarlama

PERİAPİKAL RADYOGRAFİ ÇEKİMİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

(PARALEL TEKNİK/DİK AÇI, UZUN KON TEKNİĞİ)

1. Hastayı koltuğa oturtma, tetiyeri düzeltme
2. Hastayı ağızındaki hareketli protezleri ve varsa gözlüğünü çıkarması konusunda uyarma
3. Hastaya kurşun önlük ve tiroid koruyucusunu giydirme
4. Görüntülenecek dişlerin okluzal düzlemi yer düzlemine paralel, başın sagittal düzlemi yere dik olacak şekilde hastanın başını konumlandırma
5. Makinanın ışınlama parametrelerini ayarlama/kontrol etme (kVp, mA, ışınlama süresi)
6. Görüntülenecek dişler filmin/sensörün merkezinde olacak şekilde filmi dişlerin arkasında konumlandırma
7. Molar ve premolar dişlerin projeksiyonu için filmi/sensörü yatay olarak, kanin ve keser dişler için ise filmin/sensörün uzun eksenini dişlerin uzun eksenine paralel olacak şekilde yerleştirme
8. Maksiler projeksiyon için hastanın başparmağı, mandibular projeksiyon için ise hastanın işaret parmağını kullanarak filmi/sensörü tutmasını sağlama (sağ dişlerden film alınacak ise hasta sol elini, sol dişlerden film alınacak ise hasta sağ elini kullanmalıdır)
9. Film/sensörü dişlerin uzun eksenine paralel olarak yerleştirme
10. Filmin/sensörün 0,5 cm kadar dişlerin okluzal yüzeyinin altına veya üstüne sarktığını kontrol etme
11. Santral ışını hem dişin uzun eksenine hem de film/sensör düzlemine dik gelecek şekilde yönlendirme
12. Röntgen tübünün (konunun/radyasyon çapının) filmin/sensörün tamamını içine aldığını kontrol etme
13. Primer ve sekonder radyasyon alanından uzaklaşma
14. Hızlı bir şekilde ışınlama parametrelerini, filmin/sensörün ve konun pozisyonunu, hastanın duruşunu tekrar kontrol ettikten sonra, hastaya hareketsiz kalmasını söyleme
15. Işınlama düğmesine basma ve sinyal sesi duyuluncaya dek basılı tutma
16. Film/sensörü hastanın ağızından uzaklaştırma
17. Röntgen tübünü hastadan uzaklaştırma, kurşun önlüğü ve tiroid koruyucusunu çıkartma, hastayı koltuktan kaldırıp röntgen odasından uzaklaştırma
18. Banyo veya tarama işlemleri sonrasında gerekli ise çekimi tekrarlama
19. Banyo veya tarama işlemleri sonrasında gerekli ise çekimi tekrarlama

- Paralel teknik ile görüntü alırken (özellikle üst çenede) film/sensör ile dişlerin uzun eksenindeki paralelliği sağlamak için obje-film mesafesi arttırılmalıdır. Bu koşulun sağlanması halinde radyolojide diyagnostik görüntü elde etmek için uyulması zorunlu olan filmin objeye yakın olması kuralı ihlal edilmiş olur. Bu durumda görüntü kalitesinin etkilenmemesi için film/sensör-ışın kaynağı mesafesi **arttırılmalıdır**. Tekniğe bu nedenle “uzun kon” adı da verilmektedir. İdeal film/sensör-ışın kaynağı mesafesi 40 cm. olarak değerlendirilmektedir.
 - Paralel teknik kullanılarak yapılacak olan intra-oral çekim sırasında filmin/sensörün dişlerin uzun eksenine paralelliğini sağlamak için çeşitli araçlar ve apareylerden de yararlanılabilmektedir. Bunlar arasında hemostatlar, pamuk rulolar ve film tutucular sayılabilir.
 - Paralel teknik kullanılarak yapılacak olan tüm-ağız radyografik incelemeler genellikle 16 periapikal ve 4 bite-wing görüntü ile tamamlanmalıdır.
 - Paralel teknik ile görüntü alırken uyulması gerekli olan 6 kural vardır. Bu kurallardan ilk üçü filmin/sensörün yerleştirilmesi, diğer üçü ise konunun pozisyonlandırılması ile ilişkilidir:
- ❖ **KURAL I:** Film/sensör görüntülenmek istenen diş ve konumlandığı bölgede bulunan anatomik oluşumları içine almalıdır. Buna göre her spesifik bölgeden alınan görüntüde izlenmesi zorunlu oluşumlar vardır:
- **Maksiller molar projeksiyonu:** Tüber maksilla, maksiller molar dişlerin her birinin kron ve kökü tamamen görünmelidir. İnterproksimal alveoler kretler, kontakt yüzeyleri ve komşu kemik dokular görünmelidir. Kökler üzerinde zigomatik kemiğin süperimpozisyonu olmamalıdır.
 - **Maksiller premolar projeksiyonu:** Maksiller premolarların her ikisi ve birinci molar dişin kron ve kökünün tamamı görüntülenmelidir. İnterproksimal alveoler kretler, kontakt yüzeyleri ve komşu kemik dokular görünmelidir. Maksiller premolar projeksiyonunda kanin dişin **distal yüzeyi mutlaka** izlenmelidir.
 - **Maksiller kanin projeksiyonu:** Maksiller kanin dişin kron ve kökünün tamamı ile hem premolar hem lateral dişe ait interproksimal alveoler kretler, kontakt yüzeyleri görünmelidir. Bu projeksiyonda genellikle birinci premolar dişin lingual tüberkülü kanin dişin distal yüzeyi üzerine süperpoze olur.

- **Maksiller lateral keser projeksiyonu:** Maksiller lateral keser dişin kron ve kökünün tamamı ile hem kanin hem de santral keser dişe ait interproksimal alveoler kretler, kontakt yüzeyleri görünmelidir. Maksiller santral keser dişin distal yüzeyi ve kanin dişin mezyal yüzeyi de bu projeksiyon da görüntülenmelidir.
- **Maksiller orta hat projeksiyonu:** Maksiller santral keser dişlerin her ikisinin kron ve kökünün tamamı ile interproksimal alveoler kretler, kontakt yüzeyleri ve komşu kemik dokular görünmelidir.
- **Mandibular molar projeksiyonu:** Mandibular üç molar dişin de kron ve kökünün tamamı görünmelidir. İnterproksimal alveoler kretler, kontakt yüzeyleri ve komşu kemik dokular görünmelidir.
- **Mandibular premolar projeksiyonu:** Mandibular premolarların her ikisi ve birinci molar dişin kron ve kökünün tamamı görünmelidir. İnterproksimal alveoler kretler, kontakt yüzeyleri ve komşu kemik dokular görünmelidir. Mandibular premolar projeksiyonunda mandibular kanin dişin **distal yüzeyi mutlaka** izlenmelidir.
- **Mandibular kanin projeksiyonu:** Mandibular kanin dişin kron ve kökünün tamamı ile hem premolar hem lateral dişe ait interproksimal alveoler kretler, kontakt yüzeyleri görünmelidir. Mandibular lateral keser dişin distal yüzeyi mutlaka izlenmelidir, ancak bu projeksiyonda mandibular kanin dişin distalinin görülmesi zorunlu değildir.
- **Mandibular orta hat projeksiyonu:** Mandibular santral ve lateral keser dişlerin her ikisinin kron ve kökünün tamamı ile interproksimal alveoler kretler, kontakt yüzeyleri ve komşu kemik dokular görünmelidir. Bu projeksiyonda çoğunlukla mandibular lateral keser dişlerin distal yüzeylerinin görüntülenmesi beklenmez.
- **Premolar posterior bite-wing projeksiyonu:** Maksiller ve mandibular premolar dişlerin kronlarının tamamı ile interproksimal alveoler kretler, kontakt yüzeyleri görünmelidir. Maksiller ve mandibular kanin dişlerin distal yüzleri görünmelidir. Anatomik düzensizlik yoksa aproksimal yüzeylerde süperpozisyonlar olmamalıdır.
- **Molar posterior bite-wing projeksiyonu:** Maksiller ve mandibular molar dişlerin kronlarının tamamı ile interproksimal alveoler kretler, kontakt yüzeyleri görünmelidir. Maksiller ve mandibular ikinci premolar dişlerin distal yüzleri görünmelidir. Anatomik düzensizlik yoksa aproksimal yüzeylerde süperpozisyonlar olmamalıdır.
- ❖ **KURAL II:** Filmin/sensörün uzun ekseni görüntülenecek olan dişin uzun eksenine paralel olarak yerleştirilmelidir. Maksiller çene eğrisinin dışı doğru olan eğimi nedeni ile üst

çenedeki dişlerin uzun eksenini ile film/sensör arasındaki paralelliği sağlamak üzere diş-film/sensör mesafesi arttırılmalıdır.

- ❖ **KURAL III:** Filmin/sensörün dişlerin arkasındaki horizontal konumu önemlidir. Dişler bir eğri boyunca dizili oldukları için farklı lokalizasyondaki dişlere teğet geçen doğru farklılık göstermektedir. Dişlere teğet olarak adlandırılan düzlem o dişe ait eğimli fasiyal yüzeyin en dış noktasından geçen düzlem olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda molar, premolar ve kanin dişlere teğet olan düzlemlerin farklı düzlemler olduğu açıktır. Paralel teknik kullanılarak yapılacak olan intra-oral çekim sırasında filmin/sensörün horizontal yerleşimi teğet yüzeylere paralel olmalıdır. Bu kuralın **iki istisnasının** bulunduğu bölgeler **maksiller ve mandibular molar** bölgeleridir. Bu bölgelerde film/sensör öncelikle molarlara teğet geçen düzleme paralel olarak yerleştirilmeli, daha sonra filmin/sensörün anterior kenarı 15-20 derecelik bir açı ile çene eğrisinin karşı yönüne doğru dişten uzaklaştırılmalıdır. Bu uygulamanın yapılmaması durumunda molar dişler arasındaki interproksimal bölge açık (aralık) olarak görüntülenir.
- ❖ **KURAL IV:** Konun vertikal açısı film/sensör düzlemine ve dişlerin uzun eksenine dik olacak şekilde ayarlanmalıdır. Vertikal açılandırmada yapılan hatalar görüntüde distorsiyonlara neden olur.
- ❖ **KURAL V:** Konun horizontal açılandırılması santral ışının görüntülenmek istenen dişlerin interproksimal bölgesinin merkezinden geçirilmesi ile yapılmalıdır. Horizontal açılandırmadaki hatalar aproksimal yüzlerin üst üste binmesi (*overlapping, süperpozisyon*) ile sonuçlanır.
- ❖ **KURAL VI:** Konun yerleşimi filmi/sensörü tamamen kapsayacak ve santral ışın filmin/sensörün merkezinden geçecek şekilde ayarlanmalıdır. Bu kurala dikkat edilmemesi durumunda kısmi görüntü veya kon-kat oluşacaktır.

BİTE-WİNG RADYOGRAFİ (Isırtma Grafisi) ÇEKİMİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hastayı koltuğa oturtma, tetiyeri düzeltme
2. Hastayı ağızındaki hareketli protezleri ve varsa gözlüğünü çıkarması konusunda uyarma
3. Hastaya kurşun önlük ve tiroid koruyucusunu giydirme
4. Makinanın ışınlama parametrelerini ayarlama/kontrol etme (kVp, mA, ışınlama süresi)
5. Mid-sagital düzlem yere dik ve ala-tragus hattı yere paralel olacak şekilde hastanın başını konumlandırma
6. Görüntülenecek dişler filmin/sensörün merkezinde olacak şekilde ısırtma kanatçığını maksiller ve mandibular molar veya premolar dişlerin okluzal yüzleri üzerine yerleştirerek filmi/sensörü kronların lingualinde dil ile dişler arasında pozisyonlandırma
7. Bir elin işaret parmağı ile dişlerin okluzal yüzünde duran ısırtma kanatçığına bastırırken diğer elin işaret parmağı ile filmin/sensörün lingual kenarını destekleyerek dik olarak durmasını sağlama
8. Isırtma kanatçığını tutan parmağı uzaklaştırarak hastaya kanatçığı yavaşça ısırmasını tarif etme
9. Konun vertikal açısını ayarlama
10. Konun horizontal açısını ayarlama
11. Santral ışını dişlerin okluzal düzlemlerinin arasından geçecek şekilde film/sensör paketinin merkezine yönlendirme
12. Röntgen tübünün (konun/radyasyon çapının) film/sensör paketinin tamamını içine aldığını kontrol etme
13. Hızlı bir şekilde ışınlama parametrelerini, filmin ve konun pozisyonunu, hastanın duruşunu tekrar kontrol ettikten sonra, hastaya hareketsiz kalmasını söyleme
14. Işınlama düğmesine basma ve sinyal sesi duyuluncaya dek düğmeyi basılı tutma
15. Filmi/sensörü hastanın ağızından uzaklaştırma
16. Röntgen tübünü hastadan uzaklaştırma, kurşun önlüğü ve tiroid koruyucusunu çıkartma, hastayı koltuktan kaldırıp röntgen odasından uzaklaştırma
17. Banyo veya tarama işlemleri sonrasında gerekli ise çekimi tekrarlama

☑ Filmin yerleştirilmesi ve retansiyonu

- Posterior bölgedeki dişleri görüntülemek üzere bite-wing tekniği kullanarak görüntü alırken filmin/sensörün dil ile dişler arasına konumlandırılması gereklidir. Bu konumlandırma sırasında premolar bite-wing çekimi için filmin/sensörün anterior kenarı mandibular kanin dişin mezyal yüzüne kadar molar bite-wing çekimi için ise filmin/sensörün anterior kenarı mandibular ikinci premoların ortasına kadar uzanmalıdır.
- Görüntüde dişler arasındaki kontakt noktalarının üstüste binmesini (*overlapping*) önlemek için film/sensör dişlerin ara yüzlerine dik olarak konumlandırılmalıdır. Molar bite-wing projeksiyonu sırasında bunu gerçekleştirebilmek için film/sensörün anterior kenarı posterior kenarına göre dişlerin lingual yüzeyine daha uzakta konumlandırılmalıdır.

☑ Vertikal Açılendirma

- Kısa kon kullanılıyor ise (ışın kaynağı-film mesafesi 20 cm iken) konun vertikal açısı +10 derece olmalıdır.
- Uzun kon kullanılıyor ise (ışın kaynağı fil mesafesi 40 cm iken) molar bite-wing çekimi sırasında konun vertikal açısı +8, premolar bite-wing çekimi sırasında ise +6 derece olmalıdır.
- Mandibular molar ve premolar dişler vertikalden az miktarda sapma gösterdiği halde maksiller molar ve premolar dişler genellikle bukkale doğru eğimli olduğu için (bazı durumlarda vertikalden 15 derece eğimli olabilmektedir), bite-wing çekimi sırasında uygulanacak olan vertikal açı yukarıda verilen değerlerden sapma gösterebilmektedir.

☑ Horizontal Açılendirma

- Santral ışın dişlerin ara yüzlerine dik olarak gelecek şekilde yönlendirilmelidir. Konun kendisi filme/sensöre dik olarak pozisyonlandırılırken konun ucundaki dairesel düzlem filme/sensöre paralel olmalıdır.

OKLUZAL GRAFİ ÇEKİMİ BECERİ REHBERİ

1.Hastanın başını sagital düzlem yer düzlemine dik ve okluzal düzlem yer düzlemine paralel olacak şekilde ayarlama
2.Tiroid koruyucu takma
3.Elleri yıkama ve eldiven giyme
4.7,7 cm x 5,8 cm boyutlarındaki reseptöre koruyucu kılıf takma
5. Alt çeneden görüntü alınacak ise reseptörün X-ışınına duyarlı yüzünün aşağı, üst çeneden görüntü alınacak ise yukarıya doğru olduğunu kontrol etme
6. Görüntü reseptörünün tamamının ağız içinde mümkün olan en geri konumda yer aldığını kontrol etme
7.Reseptörün posterior kenarının ramusla temasta ve uzun kenarının sagital düzleme dik şekilde yerleştirildiğini kontrol etme
8.Hastaya reseptörü nazikçe ısırmasını söyleme
10.Cihazın konunu merkezi ışın burun ucundan reseptörün merkezine doğru yaklaşık 45 derece vertikal açı ve 0 derece horizontal açı ile geçecek şekilde yönlendirme
11.Cihazın ışınlama parametrelerini (kVp, mA, ışınlama süresi) kontrol etme
12.Hastaya hareketsiz kalmasını söyleyerek primer ışın bölgesinden uzaklaşma

Görüntü alanı: Bu projeksiyon sonucu elde edilen görüntüde anterior maksilla ve bölgedeki dişler, nazal kavitenin anterior tabanı ve kanin-kanin arası dişler izlenir.

ANTERİOR MANDİBULAR OKLUZAL PROJEKSİYON

1.Hastayı okluzal düzlem horizontal düzleme 45 derece açı oluşturacak şekilde başı geriye eğik olarak oturtma
2.Tiroid koruyucu takma
3.Elleri yıkama ve eldiven giyme
4.7,7 cm x 5,8 cm boyutlarındaki reseptöre koruyucu kılıf takma
5. Alt çeneden görüntü alınacak ise reseptörün X-ışınına duyarlı yüzünün aşağı, üst çeneden görüntü alınacak ise yukarıya doğru olduğunu kontrol etme
6. Görüntü reseptörünün tamamının ağız içinde mümkün olan en geri konumda yer aldığını kontrol etme
7.Reseptörün alt dişlerin okluzal yüzeyine temas ettiğini kontrol etme
8.Reseptörün uzun kenarı ağız içinde antero-posterior yönde yerleştirme
9. Hastaya reseptörü nazikçe ısırmasını söyleme
10. Cihazın konunu çene ucuna yerleştirerek merkezi ışını reseptör düzlemine -55 derece ile ulaşmasını sağlama.
11.Merkezi ışının giriş noktasının orta hatta ve çene ucunda olduğunu kontrol etme
12.Cihazın ışınlama parametrelerini (kVp, mA, ışınlama süresi) kontrol etme
13.Hastaya hareketsiz kalmasını söyleyerek primer ışın bölgesinden uzaklaşma

Görüntü alanı: Bu projeksiyon sonucu elde edilen görüntüde anterior mandibula ile mandibular kaninler arası dişler ve mandibulanın inferior kortikal sınırı izlenir.

TOPOGRAFİK MAKSİLLER OKLUZAL PROJEKSİYON

1.Hasta midsagital düzlem yer düzlemine dik ve okluzal düzlem yer düzlemine paralel olacak şekilde dik oturtulur
2.Tiroid koruyucu takılır
3.Eller yıkanır ve eldiven giyilir
4.7,7 cm x 5,8 cm boyutlarındaki reseptör koruyucu kılıf takılır
5.görüntü reseptörünün x-ışınına duyarlı yüzeyi yukarıya bakacak şekilde yerleştirme
6. Reseptörü uzun kenarı sagital düzleme dik olacak şekilde enine yerleştirin
7.Reseptörü, mandibular ramusların anterioruna temas edecek şekilde hafifçe geriye itin
8.Hastaya reseptörü nazikçe ısırması söylenir.
10.Merkezi ışın +65 derece vertikal açılama ve 0 derece horizontal açılama ile merkezi ışını nasionun hemen altında burun sırtından reseptörün ortasına doğru yönlendirin
11.Merkezi ışın hastanın yüzüne burun sırtından giriş yapar

Görüntü alanı: Bu projeksiyon damak, maksillanın zigomatik prosesleri, her bir antrumun antero-inferior yüzleri, nazolakrimal kanallar, ikinci molarlar arası dişler ve nazal septumu gösterir.

TOPOGRAFİK MANDİBULAR OKLUZAL PROJEKSİYON

1.Ala-tragus hattı hemen hemen yere dik olacak şekilde baş geriye doğru eğilerek, hasta yarı yatar pozisyonda oturtulur
2.Tiroid koruyucu takılır
3.Eller yıkanır ve eldiven giyilir
4.7,7 cm x 5,8 cm boyutlarındaki reseptör koruyucu kılıf takılır
5.Görüntü reseptörünün X-ışınına duyarlı yüzeyi aşağıya bakacak şekilde yerleştirilir
6. Görüntü reseptörünün merkezi ağız içinde tam ortada konumlandırılmalıdır
7. Reseptörü, uzun eksenini sagittal düzleme dik olacak şekilde ağıza yerleştirin.
8.Reseptörün anterior kenarı mandibular santral kesicilerin yaklaşık 1 cm ilerisinde olmalıdır
9.Hastaya reseptörü nazikçe ısırması söylenir
10.Merkezi ışını orta hatta çenenin yaklaşık 3 cm altından, ağız tabanından reseptör merkezine dik açı ile yönlendirilmelidir
11.Merkezi ışının giriş noktası çene ucunun yaklaşık 3 cm altında ağız tabanının ortasında olmalıdır

Görüntü alanı: Bu projeksiyon ağız tabanının yumuşak dokusunu görüntülemeyi amaçlar ve sağ ikinci molardan sol ikinci molara kadar mandibulanın lingual ve bukkal yüzeylerini gösterir.

PANORAMİK RADYOGRAFİ CİHAZI KULLANIM REHBERİ

1. Çekim yapılmadan önce yapılacak işlem ile ilgili hastanın bilgilendirilmesi ve hastanın çekim sırasında uyması gereken kuralların açık bir dille anlatılması.
2. Baş boyun bölgesinde bulunan küpe, toka, gözlük, kolye, piercing vb. gibi metal içeren eşyaların ve eğer varsa ağız içindeki hareketli protezin çıkarılması konusunda hastanın uyarılması.
3. Hastaya kurşun önlük giydirilmesi. (Tiroid koruyucular görüntü üzerinde artefakt oluşumuna neden olduğu için panoramik radyografi çekimi sırasında önerilmemektedir.)
4. Panoramik radyografi cihazının açık, cihazın rotasyon yapan bileşenlerinin (X-ışın kaynağı ve ışın reseptörü) başlangıç durumunda ve çekim için hazır olduğunun kontrol edilmesi.
5. Her hasta için ısırtma çubuğuna yeni bir koruyucu kılıf geçirilmesi.
6. Cihazın boyunun hastaya göre ayarlanması.
7. Hasta başının çene desteğine yerleştirilmesi, alt ve üst kesici dişlerin ısırtma çubuğu üzerindeki çentiğe denk gelecek şekilde hastanın pozisyonlandırılması. (Hastanın kısmen veya tamamen dişsiz olduğu durumlarda pamuk rulolar kullanılarak hastanın uygun olarak konumlandırılması sağlanır.)
8. Cihazın kılavuz ışıkları yardımıyla hastanın mid-sagital düzlemi merkezde ve yere dik, Frankfort düzlemi* ise yere paralel olacak şekilde konumlandırılması ve hasta başının sefalostat ile sabitlenmesi.
9. Hastanın cihazın her iki yanında bulunan kollardan tutup, bir adım (yaklaşık 15-20 cm) öne gelmesinin sağlanması. (Bu şekilde servikal vertebraların ve sırtın mümkün olduğunca dik pozisyonunda olması sağlanır).
10. Hastaya yutkunmasını, çekim esnasında dilini damağına yapıştırması ve dudaklarını kapalı konumda tutmasının söylenmesi.
11. Hastaya radyografi çekimi sırasında cihazın başının etrafında döneceği ve bu süre zarfında kesinlikle hareketsiz kalması uyarısının yapılması.
12. Işınlama parametreleri (kVp, mA) veya ışınlama protokollerinin (standart, pediatrik vb.) hastanın yaşı ve fiziksel yapısı dikkate alınarak seçilmesi.
13. Hızlı bir şekilde hastanın pozisyonunun kontrol edilmesi, radyasyon alanından uzaklaştıktan sonra cihazın tam dönüşü tamamlanana kadar ışınlama düğmesine basılı tutulması.
14. İşlem bittikten sonra hastaya cihazdan çıkmasının söylenmesi ve kurşun önlüğün çıkarılması.
15. Isırtma çubuğundaki koruyucu kılıfın çıkarılması ve cihazın hastanın temas ettiği yüzeylerinin dezenfeksiyonunun yapılması.

***Frankfort horizontal düzlemi: Dış kulak yolunun en üst noktası (Po) ile orbital kemiğin en alt sınırı (Or) arasında uzanan düzlem**

PANORAMİK RADYOGRAFİ DEĞERLENDİRME REHBERİ

Radyografik değerlendirmede önce tüm anatomik oluşumlar sistematik olarak tanımlanmalı, film üzerindeki süperpozisyonlar ve hayalet görüntüler dikkate alınmalıdır. Lezyonların demografik, klinik ve radyolojik özellikleri ve patolojik karakteri hakkında detaylı bilgi sahibi olunmalıdır

Yapılacak radyolojik incelenmelerden elde edilen bulgular, klinik muayene yöntemleri ve detaylı anamnez ile birlikte değerlendirilmelidir.

1. Radyografik kalitenin değerlendirilmesi (Densite, Kontrast, Detay, Çözünürlük)

Panoramik radyografinin klinisyene yarar sağlaması için; doğru endikasyon ile çekilmesi ve optimum diyagnostik kalitede oluşturulması gerekmektedir. Görüntü kalitesinin yetersiz olduğu durumlarda analize geçmeden önce mutlaka tanıya yardımcı olacak kaliteli bir radyografi elde edilmelidir.

2. Hatalı pozisyonlandırmaya bağlı olarak görüntüde ortaya çıkan magnifikasyon, distorsiyon ve artefaktların değerlendirilmesi

3. Dentisyonun değerlendirilmesi

- a. Dişler sayı, lokalizasyon, boyut, morfoloji ve yapısal yönden incelenmelidir.

Dişlerin bukko-lingual yerleşimlerine ilişkin özelliklerinin değerlendirilmesi için paralaktik teknikler ya da tomografik inceleme önerilmektedir.

- b. Sürmekte olan ve gömülü kalmış dişler, hastanın yaşı ve dişlenme dönemine göre değerlendirilmelidir.
- c. Dişlere ait patolojik lezyonlar ve uygulanan dental operatif işlemler değerlendirilmelidir.

Panoramik radyografilerde, intra-oral radyografilere göre çözünürlüğün düşük olması nedeniyle, detay gerektiren patolojilerin tanısı için ek intra-oral radyografilere gereksinim duyulabilmektedir.

4. Orta-yüz bölgesinin değerlendirilmesi

- a. Pterigomaksiller fissür ve maksillanın kortikal sınırlarının değerlendirilmesi
- b. Maksiller sinüsün değerlendirilmesi
- c. Nazal kavite ve zigomatik kompleksin değerlendirilmesi
- d. Maksiller alveoler kemiğin değerlendirilmesi

5. Mandibulanın değerlendirilmesi

- a. Kondiler ve koronoid prosesin değerlendirilmesi
- b. Ramus mandibula ve angulus bölgesinin değerlendirilmesi
- c. Korpus mandibula ve simfiz bölgesinin değerlendirilmesi
- d. Inferior alveoler kanal yapısının değerlendirilmesi
- e. Mandibular alveol kemiğin değerlendirilmesi

6. TME'ye ait sert dokuların değerlendirilmesi

7. Kemik dokusuna ait patolojilerinin değerlendirilmesi

8. Yumuşak dokuda yer alan :

- a. Kalsifikasyon ve ossifikasyonların değerlendirilmesi
- b. Yabancı cisim (amalgam, metal saçması vb.) değerlendirmesi

TEMPOROMANDİBULAR EKLEM (TME) GRAFİSİ DEĞERLENDİRME REHBERİ

Radyografik değerlendirmede önce tüm anatomik oluşumlar sistematik olarak tanımlanmalı, film/görüntüdeki süperpozisyonlar dikkate alınmalıdır (Şekil 1). Olguların demografik, klinik ve radyolojik özellikleri ve patolojik karakteri hakkında detaylı bilgi sahibi olunmalıdır. Radyolojik inceleme sonucunda elde edilen bulgular, klinik muayene ve detaylı anamnez bulguları ile birlikte değerlendirilmelidir.

1. Radyografik kalitenin değerlendirilmesi (Densite, Kontrast, Detay, Çözünürlük)

Temporomandibular Eklem Grafisinin klinisyene yarar sağlaması için; doğru endikasyon ile çekilmesi ve optimum diyagnostik kalitede oluşturulması gerekmektedir. Görüntü kalitesinin yetersiz olduğu durumlarda analize geçmeden önce mutlaka tanıya yardımcı olacak kaliteli bir radyografi elde edilmelidir.

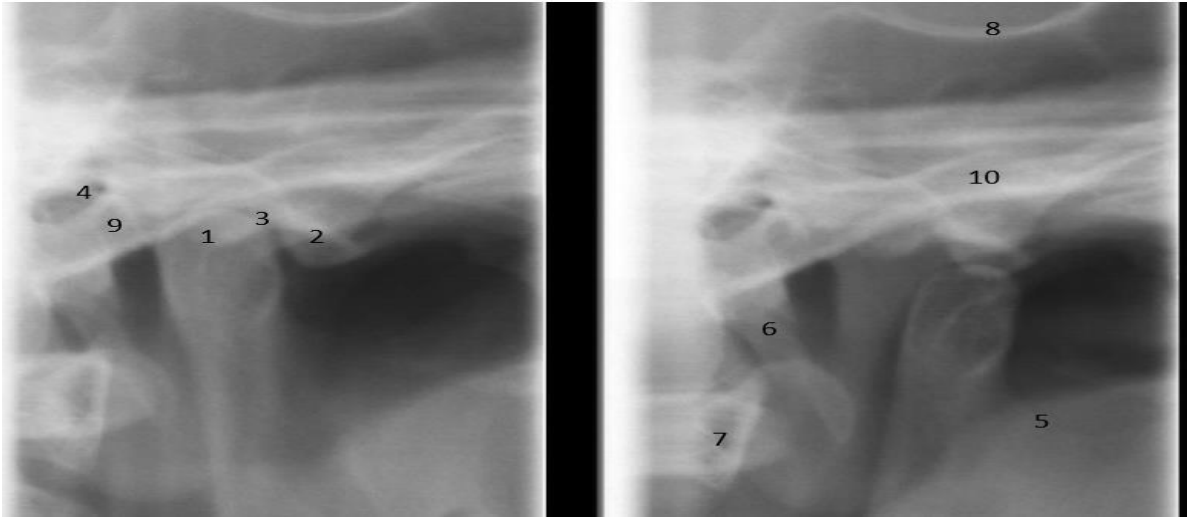
9. Hatalı pozisyonlandırmaya bağlı olarak görüntüde ortaya çıkan magnifikasyon, distorsiyon ve artefaktların değerlendirilmesi

2. TME kompleksine ait sert yapıların bütünlüğünün değerlendirilmesi.

- a. Kondiler Proçesin Değerlendirilmesi
 - i. Artiküler Yüzeyin değerlendirilmesi
 - ii. Kondil Boynunun değerlendirilmesi
 - iii. İnternal düzensizliklerin, enflamatuvar hastalıkların ve neoplazilerin değerlendirilmesi
- b. Artiküler Eminensin Değerlendirilmesi (Yüzey Değişiklikleri ve Eğimi)
- c. Koronoid Proçesin Değerlendirilmesi
- d. Styloid Proçesin Değerlendirilmesi (Stylohyoid Ligament)

3. Ağız açma ve kapama sırasında kondil -fossa- artiküler eminens ilişkisinin bilateral olarak değerlendirilmesi.

*Konvansiyonel grafilerde, özellikle ilgili yumuşak dokuların incelenmesi mümkün olmadığından temporomandibular eklem hastalıklarının tanı ve rehabilitasyonunda sınırlı fayda sağlamaktadır. Bu sebeple klinik bulgular ile korelasyon büyük önem arz etmektedir. Temporomandibular eklem grafileri özellikle TME'nin gelişim anomalileri ile travma ya da artrite bağlı oluşan kemikteki değişikliklerin belirlenebilmesine yardımcı olur. TME'ye ait yumuşak dokulardaki değişikliklerin değerlendirilmesi amacıyla MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) yöntemi tercih edilmelidir.



Şekil1: TME Grafisi ve üzerindeki önemli anatomik oluşumlar. 1.Kondil 2.Artiküler Eminens 3.Artiküler Fossa 4.Dış Kulak Yolu 5.İnsisura Mandibularis 6.Styloid Proçes 7.Atlas(C1) Vertebranın Anterior Komponenti 8.Orta Kraniyal Boşluk 9.Timpanik Bölge 10.Zigomatik Ark

RADYOGRAFİK ALGORİTMA REHBERİ

1. Hastanın anamnez, ekstra-oral ve intra-oral muayenesini kapsayan klinik muayenesinin tamamlanması.
2. Hastanın şikayetleri doğrultusunda gerekli olan radyografik yöntemlerin hastaya açıklanması
3. Radyografik çekim öncesinde işlemle ilgili hastanın bilgilendirilmesi ve çekim sırasında uyulması gereken kuralların hastaya anlatılması
4. Anamnez ve klinik muayene sonrası periodontal yıkım düzeyinin belirlenmesi
5. Periapikal Radyografi çekilmesi gereken durumların tespiti
 - Klinik Semptom
 - Klinik bulgu
 - Çok sayıda çürük
 - Derin çürük(ler)
 - Aşırı kron harabiyeti ve/veya aşınmış dişler
 - Semptomatik kanal tedavili diş
 - Çok sayıda kron/köprü restorasyon
 - Abutment varlığı
 - Kron köprü planlaması
 - Lokalize kemik yıkımı
6. Gingivitis ve orta düzeyde periodontitis varlığında radyografik muayene amacıyla posterior bitewing tekniğinin tercih edilmesi
7. İleri düzeyde periodontitis varlığında radyografik muayene amacıyla posterior vertikal bitewing tekniğinin tercih edilmesi
8. Spesifik klinik bulgu ve belirtiler varlığı ve periapikal filmler ile yeterli bilgi sağlanamadığı durumlarda Panoramik Radyografi reçetelenmeli, fakat rutin olarak her hastaya uygulanmamalıdır.

Panoramik Radyografi çekilmesi gereken durumlar:

- Detay gerektirmeyen diyagnostik işlemlerin varlığında 5 veya daha fazla sayıda periapikal film çekimi gerekli ise
- Generalize periodontitis olgularında
- Kemik içi bir lezyonun ve/veya gömülü dişin boyutu, lokalizasyonu periapikal radyografi ile tam olarak görüntülenemiyorsa
- Gömük 8 operasyonu öncesinde
- Eksik ve gömülü dişlerin saptanması amacıyla ortodontik tedavi planlaması öncesinde

- Travma geçirmiş hastada
- TME incelemeleri için
- İmplant uygulamaları öncesinde

(Panoramik radyografi(ler) ağrı, şişlik gibi belirli bulgu ve semptomların varlığında reçetelenmelidir. Belirli aralıklarla tekrarlanması gerektiren bilimsel dayanak bulunmamaktadır).

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ ANABİLİM DALI

AĞIZ İÇİ MUAYENE MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. İntra oral yumuşak ve sert dokuları tek tek değerlendirme
2. Hastanın yaşı ile diş gelişiminin uyumunu değerlendirme
3. Çürük bulunan, çekilmiş veya restore edilmiş dişleri belirleme
4. Periodontal sağlık açısından değerlendirme
5. Dudak damak yarığı gibi anomalilerin varlıklarını kontrol etme
6. Diş boyutlarını normal, geniş ve küçük olarak değerlendirme
7. Dişlerin şekillerini yuvarlak, ovoid ve üçgen şekilde değerlendirme
8. Diş minelerinin durumunu hipoplazik, renkli ve translusent olarak değerlendirme
9. Dişlerin sayı anomalilerini, oligodonti ve supernumerer diş varlıkları yönünden değerlendirme
10. Dental gelişmedeki anomalileri erupsiyon anomalileri, erken süt dişi kaybı, retansiyonlu süt dişi ve sürekli dişlerin geç erupsiyonları yönünden değerlendirme
11. Dental arkların formunu boyutunu ve pozisyonunu değerlendirme
12. Dişlerin grup halinde anomalilerini; protrüzyon, retrüzyon, meziyodistal çapraşıklık, dar ark, infra okluzyon supra okluzyon ve çapraz kapanış yönünden değerlendirme
13. Damak derinliğini değerlendirme
14. Üst ve alt dental orta hatları birbirine göre değerlendirme
15. Sagittal yönde sınıflama yapabilme
16. Sagittal yöndeki ilişkide Angle sınıflaması tanımlamasını yapabilme; Maksiller 1. molar dişin meziobukkal tüberkülünün, mandibular 1. molar dişin bukkal sulkusuna oturmasını Angle sınıf I kapanış olarak değerlendirme
17. Maksiller 1. molar dişin meziobukkal tüberkülü, mandibular 1. molar dişin bukkal sulkusundan daha distalde ise sınıf II, daha mezialde ise sınıf III kapanış olarak tanımlama ve her 2 tarafta da ayrı ayrı değerlendirme
18. Maksiller kanin dişin, mandibular kanin ve 1. premolar dişlerinin arasına oturduğu sınıf I kanin ilişkisi tanımlama

19. Maksiller kanin diş, mandibular kanin ve premolarlar arasında değil, daha distalde ise sınıf 2 kanin ilişki, daha mezialde ise sınıf 3 kanin ilişki olarak her 2 tarafta da ayrı ayrı değerlendirme

20. Modelleri vertikal yönde değerlendirirken normal kapanışın, üst keserlerin kesici kenarının alt keserleri örtme mesafesinin dikey yönde 1-2 mm derinlikte olduğunu bilip, bu değerin artmasının derin kapanış, azalmasının açık kapanış, değerin sıfır olmasının ise açık kapanış tetatet kapanış olarak değerlendirildiğini bilme

21. Transversal yönde ise; çapraz kapanış veya bukkal nonokluzyon varlıklarını test etme ve orta hatları değerlendirme

22. Dil boyutlarını ve frenulum ataşmanlarını değerlendirme

ORTODONTİK MODEL ANALİZİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Modeller üzerinde Hays-Nance analizi yapma

a. Mevcut diş kavsi uzunluğunu hesaplama

-Kesici dişleri için; bir yarım çeneye ait orta kesicinin mezialinden yan keser dişe kadar ölçme

-Kanin dişleri için; lateral dişin distalinden, birinci premoların mesailine kadar ölçme

-Premolar dişleri için; birinci premoların mezialinden ikinci premoların distaline kadar ölçme

-Diğer yarım çene için de aynı işlemleri tekrar etme

-Elde edilen değerlerin toplanması ile mevcut ark boyunu elde etme

b. Gerekli ark boyutunu hesaplama

-Tek tek kesicilerin, kaninlerin ve premolarların meziodistal boyutları iki ucu sivri pergel ile hesaplama

-Bu dişlerin meziodistal boyut uzunluklarını toplayarak gerekli ark boyutunu elde etme

c. Elde edilen mevcut ark boyutundan gerekli ark boyutunu çıkartarak elde edilen sonucu şu şekilde yorumlama; sonuç sıfır ise yer darlığı ya da fazlalığı yoktur, sonuç negatif ise bulunan milimetrik değer kadar yer darlığı bulunmaktadır, sonuç pozitif ise bulunan milimetrik değer kadar yer fazlalığı bulunmaktadır.

2. Hasta karışık dişlenme döneminde ise sürmemiş dişler için Röntgen methodu kullanma veya Moyers tablosunu kullanma

a. Röntgen metodunda; sürececek olan daimi dişlerin boyutlarını okluzyonda yerini almış kendine en yakın daimi diş boyutunun model ve ağız içi röntgenlerdeki meziodistal uzunluklarını ölçerek oran orantı ile boyutlarını hesaplama

b. Moyers olasılıklar tablosunda, alt 4 keser dişin meziodistal boyutlarının tek tek ölçülüp toplanması ile alt ve üst çene için ayrı tablolarda keser boyutlarıyla ülkemiz için %75 olasılıkla gelecek olan kanin ve 2 adet daimi premoların tek taraflı boyutları toplamını verdiğini bilerek yer hesaplaması yapma

3. Modeller üzerinde Bolton analizi hesaplama

-Maksiller ve mandibular 12 dişin meziodistal çapları tek tek iki ucu sivri pergel ile ölçme

-Alt ve üst diş dizilerinin toplam uzunluğunu bulma

-Mandibular 12 dişin boyutu ile maksillar 12 dişin boyutunu oranlama ve çıkan sonucu 100 ile çarpma ile bulunan sonuç 91,3 olmalıdır.

-Hesaplanan değer 91.3ten fazla ise alt diş dizinde materyal fazlası olduğunu yorumlama

-Hesaplanan değer 91.3ten az ise üst diş dizinde materyal fazlası olduğunu yorumlama

4. Modeller üzerinde Anterior oran analizi hesaplama

-Maksiller ve mandibular kaninler arasındaki 6 dişin dişin meziyodistal çapları tek tek iki ucu sivri pergel ile lme

-Alt ve st n bölge dişlerinin toplam uzunluğunu bulma

-Mandibular 6 dişin boyutu ile maksillar 6 dişin boyutunu oranlama ve çıkan sonucu 100 ile arpma

-Bulunan sonuç 77,2 olmalıdır.

-Hesaplanan değer 77,2 den fazla ise alt n diş dizisinde materyal fazlası olduğunu yorumlama

-Hesaplanan değer 77,2 den az ise st diş dizisinde materyal fazlası olduğunu yorumlama

AĞIZ DIŞI MUAYENE MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hasta kliniğe girdiği andan itibaren gözlemlleme
2. Hastanın yaşı ile gelişiminin uyumunu tayin etme
3. Hastayı koltuğa oturtup, cepheden bakıldığında yüzü ilk olarak bilateral asimetri açısından değerlendirme
4. Asimetri varsa morfolojik mi fonksiyonel mi tespit etme açısından fonksiyonda değerlendirme
5. Yüz orta hattını belirlemek için; trichion, glabella, subnasal ve menton noktalarının aynı dikey düzlem üzerinde olup olmadığı değerlendirme
6. Yüz orta hattına göre, üst santral dişlerin orta hattının akışıp çakışmadığı kontrol etme
7. Hastanın cepheden değerlendirmesine yüzü dikey düzlemde 5 parçaya bölerek eşitlikleri kontrol etme. Bölme işlemi sırasında sırasıyla şu aralıkları kullanma; sağ dış kulağın dış sınırı ile sağ dış kantus, sağ dış kantus ile sağ iç kantus, sağ iç kantus ile sol iç kantus arası, sol iç kantus ile sol dış kantus ve sol dış kantus ile sol dış kulak dış sınırı.
8. Yüzün vertikal yüksekliği değerlendirilirken, trichion ile glabella arası mesafe, glabella ile subnasal arası mesafe ve subnasal ile menton arasındaki mesafelerin eşitliği değerlendirme.
9. Subnasal noktasından dudakların birleşimine kadar olan mesafenin mentona kadar olan mesafenin yarısı, subnasal ve menton arası mesafenin üçte biri olması gerektiğini bilme
10. Cephe muayenesi bittikten sonra profil değerlendirmesine geçme
11. enelerin anteroposterior yöndeki ilişkilerini değerlendirmek için hasta ayakta iken rahat bir pozisyonda 2 metre uzaklıktaki mümkünse aynada kendine bakmasını isteyerek ayna yok ise göz hizasındaki bir cisme bakmasını isteyerek doğal baş pozisyonunu değerlendirme
12. Bu doğal baş pozisyonunda, subnasal noktasından inen gerçek dikey çizgiye göre burun, dudak ve çene ucunun pozisyonunu değerlendirme
13. Burun kemerinden üst dudağa ve üst dudaktan çene ucuna uzatılan çizgi düz bir çizgi ise normal; üst çene, çene ucundan ileride ise profil konveks, geride ise konkav tanısı koyma

14. Hastanın burun ucundan çene ucuna bir doğru çizip (E doğrusu) üst dudağın normalde 4 mm alt dudağın 2 mm doğrunun gerisinde kalıp kalmadığını değerlendirirken dişlerin ve dudakların protrüzyonu hakkında bilgi sahibi olma
15. Burnun alt kurvatürünün orta noktasından çene ucuna çizilen doğru ile (S doğrusu) dudakların teğet olup olmadığını değerlendirirken dişlerin ve dudakların protrüzyonu hakkında bilgi sahibi olma
16. Hastanın dudaklarını rahat kapatıp kapatamadığını değerlendirirken üst keser dişlerin protrüzyonu hakkında bilgi sahibi olma
17. Labiamental sulkusun derinliğini değerlendirme
18. Hastanın ağız açıklığını kontrol etme
19. Temporomandibular eklemi muayene etme ve ağrı ve clicking gibi durumları tespit etme
20. Konuşma esnasında hastayı takip edip, S ve R harfi gibi hastanın çıkarıp çıkaramadığı sesleri tespit etme
21. Hastanın ağız solunumu veya burun solunumu yaptığını tespit etme
22. Mandibular planın eğimini bir ayna sapını alt çene kenarına yerleştirerek değerlendirirken bu açının artmasının ön yüz yüksekliğinin artması ve anterior açık kapanış ile ilişkili olabileceğini yorumlama
23. Daha düz bir mandibular düzlem açısının ise azalmış ön yüz yüksekliği ve derin kapanış anomalisi ile ilişkili olabileceğini yorumlama
24. Baş formunu; dolichocephal, mezocephal ve brachicephal olarak belirleme

HAREKETLİ ALIŞKANLIK KIRICI APAREY UYGULAMASI MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Ortodontik tedavinin bitmesini takiben diş yüzeyleri çok iyi temizlenir, cila diski ile cilalanır.
2. Pekiştirme apareyi yapımı için ölçü alınır.
3. Alınan ölçü kullanılarak alçı model hazırlanır.
4. Modeldeki undercutlar mumla doldurulur.
5. Alçı model kullanılarak gerekli tel bükümleri yapılır.Bu bükümler temel olarak molar dişlere 2 adet adams, anterior bölgeye ise 1 adet vestibül ark olacak şekildedir.
Apareyin tutuculuğunun artırılması istenen durumlarda topuz kroşeler eklenebilir.
6. Molar dişler için 0.7 mm yuvarlak çelik telden adams kroşeler bükülür.
7. Yaklaşık 7-8 mm tel kesilir.Önce tel düzleştirilir, yere tam teması sağlanır.
8. Molar dişin tüberkül tepelerine telde işaret konur, tel bu işaret noktalarından 1'er mm uzakta tutularak 90 derece dik açıyla bükülür.Kroşenin köprüsünün genişliği dişin tüberkül tepelerinin arası kadar olmalıdır.
9. 90 derecelik büküm iki tarafta da yapıldıktan sonra universal pens dişin kuron yüksekliğine göre ucundan tutularak pensin kalınlığı kadar tekrar 90 derece büküm yapılır.
10. Tel üzerinde u büküm oluşturulur, bükümler pensle sıkıştırılır.
11. Köprünün 2 yanında 2 adet u bükümü elde edildikten sonra u büküm pensle tutulur, 45 derece dişe doğru, dişin kuron kısmını saracak şekilde bükülür.
12. Büküm aproksimalde karşı çenedeki dişlerin kapanışını bozmayacak şekilde interdental aralığa oturtulur.
13. Tel damağa doğru döndürülür, damak mukozasından 1 mm uzakta seyredecek şekilde damağı izleyerek bükülür.
14. Anterior bölge tutuculuğu için ise 0.7-0.8 mm yuvarlak çelik tel vestibül ark oluşturmak üzere ark boyu kadar kesilir.
15. Tel pensle bir uçtan kavranır, işaret parmağı ve baş parmak arasında tutularak tele ark formu verilir.
16. Hazırlanan tel, tüm kesici dişlere mümkün olduğunca teğet geçecek şekilde adapte edilir.

17. Universal pens ile tel üzerinde “u” bükümü yapılır. U bükümü kanin dişin mezial 1/3 sınırından geçecek şekilde diş etine doğru uzatılır, temas etmeyecek şekilde adapte edilir.
18. Büküm diğer kanin diş bölgesinde tekrarlanır. Telin palatinala döneceği kanin ve 1. premolar arasındaki nokta işaretlenerek içeriye doğru yumuşak bükümlerle döndürülür.
19. Dil paravanı için 0.8 mm yuvarlak çelik tel, kanin palatinallerinin ortasından başlanır kavis verilerek karşı kanin dişin palatinal noktasının orta noktasına kadar ulaşacak şekilde hazırlanır.
20. Maksiller model üzerinde elle kanin kanin arası mesafe belirlenerek bu mesafenin 2 katı kadar tel kesilir.
21. Dil paravanı bükümü için universal pens ya da birdbeak pensi kullanılarak 1 adet ortada 2’şer adet yanlarda olacak şekilde 5 kavisli dil paravanı bükülür.
22. Büküm esnasında telin mukozadan 1-1.5 mm üzerinden geçmesi sağlanır.
23. Bükülen kroşeler ve paravan model üzerinde akrilin gelmeyeceği noktalardan mumla sabitlenir.
24. Model 10-15 dk suda bekletilerek suya doyurulur.
25. Model kurutulur, laklanır, akril yapımına hazırlanır.
26. Akrilik yapımı için; model önce likit ile ıslatılır, toz likite yavaşça yedirilir, bu işlem gövde plağın geleceği tüm bölgeye uygulanır.
27. Yeterli kalınlıkta elde edildikten sonra diş yüzeyindeki fazlalıklar kabaca spatülle temizlenir. Kalınlık 1.5-2mm olmalıdır.
28. Aparey tesviyelenir, yüzeylerde hiçbir pürüz kalmayacak şekilde zımparalanır, cilalanır.
29. Apareyin ağız içinde uyumu kontrol edilir, bakımı anlatılarak hastaya teslim edilir.

LİNGUAL ARK MESLEKİ BECERİ REHBERİ

- 1) Laboratuvarıda uygun temiz bir çalışma alanı belirlenmesi
- 2) Lingual ark yapımında kullanılacak büküm penslerinin, tellerin, molar bantların ve çalışma modelinin hazırlanması
- 3) Çalışma modelindeki 1.molar dişlerin mesiodistal ve bukkolingual boyutlarına uygun olan molar bantların seçilmesi
- 4) Seçilen molar bantların önce aproksimal kenarlardan itilerek yerleştirilmesi ve marjinal sırt konturuna uygun yerleştirildiğinden emin olunması
- 5) Bantların bukkal girintisinin, molar dişin bukkal oluşuna tam oturmasının sağlanması, bandın rotasyonlu konumlandırılmadığından emin olunması
- 6) Bandın mezial ve distal kenarlarını birleştiren çizginin dişin okluzal yüzeyine paralel olması
- 7) Lingual arkın bükülmesi için tam yuvarlak 0.8mm lik telin uygun uzunlukta hazırlanması
- 8) Telin, kesici dişlerin ve kaninlerin singulumlarının üzerinden temas edecek şekilde bükülmesi
- 9) Bükülen telin her iki tarafında ve 2.premolarlar bölgesinde ‘‘U’’ bükümleri yapılması
- 10) Bükülen lingual arkın model üzerinde sabitlenmesi
- 11) Lingual ark ile molar bantların lehimlenmesi
- 12) Lingual arkın tesviye ve polisajının yapılması

ORTODONTİK FOTOĞRAF ÇEKİMİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Arka fon siyah veya beyaz olacak şekilde, uygun flaş ışığı altında ortam ayarlanır.
2. Hasta doğal baş pozisyonunda durur ve kameraya bakar.
3. Mandibula ve dudakların istirahat konumunda olmasına dikkat edilir.
4. Hastanın fotoğrafı çekilirken başının herhangi bir tarafa çevirmemesinden ve eğmemesinden emin olunur.
5. Hastanın interpupiller seviyesi yere paralel şekilde ayarlanır.
6. Eğer mümkünse yardımcı bir ışık hastaya doğru tutulur; bu şekilde hastanın pupilleri daralır ve “kırmızı göz” oluşma etkisi azaltılır
7. Hasta bu pozisyondayken cephe istirahat fotoğrafı çekilir.
8. Daha sonra aynı pozisyonda hasta doğal bir şekilde dişlerini göstererek gülümser ve cephe gülümseme fotoğrafı çekilir.
9. Bir sonraki aşamada hasta doğal baş pozisyonunda sağa 45° dönmüş olmalıdır Bu pozisyonda hastadan ¾ fotoğraflar elde edilir. Yüz asimetrik bir hasta için iki tarafın da ¾ görünümünün fotoğrafı çekilir.
10. Profil fotoğrafları için hasta tekrar doğal baş pozisyonuna getirilir ya da Frankfort Horizontal düzlemi yere paralel olacak şekilde ayarlanır.
11. Gölge oluşmaması için ring flaş ayarlanır.
12. Yüzün sağ bölgesin tamamının görünebilmesi için başörtü, gözlük, şapka vs çıkartılır.
13. Profil fotoğrafının üst sınırı başın hemen üstünde, sağ sınırı burun ucunun az ilerisinde ve alt sınırı kürek kemiğinin üzerinde, boynun bitiminde olacak şekilde ayarlanır. Başın arka kısmının alınması gerekli değildir.
14. Eğer hastada asimetri sol profil fotoğraf da alınır.
15. Diğer aşama ağız içi fotoğraflardır. Bunun için hastanın dişleri okluzyonda olacak şekilde, okluzal düzlem paralel ve resmi iki eşit parçaya bölecek şekilde ayarlanır.
16. Üst frenilum rehber alınarak, fasial orta hatta 90° alınarak fotoğraf çekilir.
17. Sağ ve sol bukkal okluzyon fotoğrafları için ekartör kullanılarak bukkal okluzyon fotoğrafının direkt çekilebilir ya da ayna kullanılarak bukkal interdişiyasyon tam olarak çekilir.
18. Kanin ve premolar bölgesinden 90°'lik açı ile bukkal segmentin görüntüsü alınmalıdır.
19. Fotoğraf çekilmeden hemen önce retraktör 4-5 mm distale doğru çekilerek en azından birinci molar dişlerin distalinin görüntüsü alınmalıdır.

20. Fotoğraf santral dişin mezialinden birinci molar dişin mümkün olduğu kadar arkasına kadar uzanacak şekilde çekilir.
21. Okluzal fotoğraflar için, hasta mümkün olduğu kadar başını geriye ve aşağı yatırır.
22. Küçük ekartörler dudaklara yerleştirilir ve orta hatta doğru çevrilir, ileri ve lateral yönde çekilerek dudaklar ekarte edilir
23. Aynanın geniş kısmını yerleştirilir ve hafifçe aşağı eğerek arkın posterior kısmı maksimum genişlikte görüntülenmeye çalışılır. Retraktrler ve parmaklar resim içinde görünmez.
24. Alt okluzal film alınırken hasta dili aynanın arkasında pozisyonlandırılır ve özellikle de dil dişlerin görüntüsüne karıştırılmaz.

EL BİLEK FİLMİ DEĞERLENDİRMESİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Önce mutlaka hastaya koruyucu ekipman verilmelidir.
2. Ardından çekimin hasta ve tekniker için konforlu olabilmesi için hastanın bir tabureye oturtulması gerekir.
3. Ön kol ve el masa veya kaset üzerinde aynı seviyede olmalıdır.
4. Elin üstü yukarı doğru bakmalıdır.
5. El bilek filmi çekilirken santralizasyon bileğin tam ortasına ve filme dik yapılmalıdır.
6. Hastanın radyografi çekilirken kesinlikle hareket etmemesi gerekmektedir.
7. Filmler bu şekilde elde edildikten sonra, ilk olarak hastanın radiusunun epifiz ile diafizinin füzyonuna bakılır.
8. Füzyon oluşmuşsa büyüme gelişimin bittiği kararına varılır.
9. Eğer füzyon oluşmamışsa, büyüme gelişimin hangi aşamada olduğuna karar vermek için hastanın hamatum kemiğinin çengelinin röntgende görülmeye başlayıp başlamadığı kontrol edilir.
10. Eğer görülmüyor hastanın büyüme atılımının henüz başlanmadığı kararına varılır.
11. Hamatum kemiğinin çengeli röntgende görülmeye başlamışsa, sesamoid kemiğin röntgende görülüp görülmediği kontrol edilir.
12. Eğer görülmüyorsa pubertal atılım başlamak üzeredir. Görülüyorsa pubertal atılım başlamıştır.
13. Sesamoid kemik röntgende görülmeye başlanmışsa, 3.parmak orta falanksta epifizin capping yapıp yapmadığı kontrol edilir. Capping pubertal atılımın tepe noktasına ulaşıldığını gösterir.
14. Capping oluşmuşsa, pubertal atılımın tepe noktasının aşılp aşılmadığını anlamak için 3.parmak distal falanks epifiz ve diafizinin kaynaşp kaynaşmadığına bakılır. Kaynaşmışsa atılımın tepe noktası aşılmıştır.
15. Hastanın el bilek filmi sonucunda atlası göre belirlenen iskelet yaşı kronolojik yaşı karşılaştırılır. Arasındaki fark 1 yıla kadar olduğunda gelişimi normal kabul edilerek, hastanın cinsiyetine göre "average girls" veya "average boys" tablolarına bakarak büyüme gelişimin yüzde kaçının tamamlandığı ve daha ne kadar büyüme potansiyeline sahip olduğu belirlenir.
16. Hastanın iskelet yaşı kronolojik yaşından büyükse ve aradaki fark 1 seneden fazla ise; "accelerated girls veya "accelerated boys" tabloları kullanılarak büyüme gelişimin

yüzde kaçının tamamlandığı ve daha ne kadar büyüme potansiyeline sahip olduğu belirlenir

17. Hastanın iskelet yaşı kronolojik yaşından küçükse ve aradaki fark 1 seneden fazla ise; ‘retarded girls veya ‘retarded boys’ tabloları kullanılarak büyüme gelişimin yüzde kaçının tamamlandığı ve daha ne kadar büyüme potansiyeline sahip olduğu belirlenir.

ORTODONTİK AYGIT KAYNAKLI YARALANMALARA ACİL MÜDEHALE UYGULAMASI MESLEKİ BECERİ REHBERİ

- 1.Hasta koltuğa oturtulur.
- 2.Ekstraoral ve intraoral muayene yapılır, yara bölgesinin durumu analiz edilir.
- 3.Sabit tedavi kaynaklı yaralanma ise, telin batan kısmı kesilerek uzaklaştırılır.
- 4.Yara nedeni braketlerin yanak mukozasına teması sonucu tahrişi ise ortodontik mum uygulaması hastaya anlatılır.
- 5.Yara nedeni hareketli aygıtlar ise, aygıtın yaraya neden olan bölgesi analiz edilir.
- 6.Yaraya neden olan kısım, kopan-adaptasyonu bozulan bir tel parçası ise parçanın tamiri için hareketli aparey ağızdayken aljinat ile ölçü alınır.
- 7.Alınan ölçüye alçı dökülür, apareyli model hazırlanır.
- 8.Aparey alçıdan ayrılır, telin akriliğe bağlanan kısmı mikromotorla aşındırılarak yeni telin akrilik içine oturtulmasına uygun hale getirilir.
- 9.Model sınırları takip edilerek ayrılan tel yerine yenisi bükülür, akrilik içine yerleştirilir.
- 10.Telin akrilik içine oturtulan kısmı üzerine toz ve likit akrilik uygulaması yapılır.
- 11.Akrilik pişirildikten sonra tamir edilen yüzey zımparalanır, pomzalanır, cilalanır.
- 12.Yaraya neden olan kısım hareketli apareyin akrilik kısmı ise, sınırları kontrol edilir, uzun kalan yerler kısaltılır, pürüzlü-irritan yerler varsa zımparalanır, pomzalanır, cilalanır.

PEKİŞTİRME AYGITI (HAWLEY) MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Ortodontik tedavinin bitmesini takiben diş yüzeyleri çok iyi temizlenir, cila diski ile cilalanır.
2. Pekiştirme apareyi yapımı için ölçü alınır.
3. Alınan ölçü kullanılarak alçı model hazırlanır.
4. Modeldeki undercutlar mumla doldurulur.
5. Molar dişler için 0.7 mm yuvarlak çelik telden adams kroşeler bükme üzere yaklaşık 7-8 mm tel kesilir.
6. Önce tel düzleştirilir, yere tam teması sağlanır.
7. Molar dişin tüberkül tepelerine telde işaret konur, tel bu işaret noktalarından 1'er mm uzakta tutularak 90 derece dik açıyla bükülür.
8. Kroşenin köprüsünün genişliği dişin tüberkül tepelerinin arası kadar olmalıdır. 90 derecelik büküm iki tarafta da yapıldıktan sonra universal pens dişin kuron yüksekliğine göre ucundan tutularak pensin kalınlığı kadar tekrar 90 derece büküm yapılır.
9. Tel üzerinde u büküm oluşturulur, bükümler pensle sıkıştırılır. Köprünün 2 yanında 2 adet u bükümü elde edildikten sonra u büküm pensle tutulur, 45 derece dişe doğru, dişin kuron kısmını saracak şekilde bükülür.
10. Büküm aproksimalde karşı çenedeki dişlerin kapanışını bozmayacak şekilde interdental aralığa oturtulur.
11. Tel damağa doğru döndürülür, damak mukozasından 1 mm uzakta seyredecek şekilde damağı izleyerek bükülür.
12. Anterior bölge tutuculuğu için ise 0.7-0.8 mm yuvarlak çelik telden vestibül ark bükülür. Tel ark boyu kadar kesilir.
13. Tel pensle bir uçtan kavranır, işaret parmağı ve baş parmak arasında tutularak tele ark formu verilir. Hazırlanan tel, tüm kesici dişlere mümkün olduğunca teğet geçecek şekilde adapte edilir.
14. Universal pens ile tel üzerinde "u" bükümü yapılır. U bükümü kanin dişin mezial 1/3 sınırından geçecek şekilde diş etine doğru uzanır, temas etmeyecek şekilde adapte edilir.
15. Büküm diğer kanin diş bölgesinde tekrarlanır. Telin palatinala döneceği kanin ve 1. Premolar arasındaki nokta işaretlenerek içeriye doğru yumuşak bükümlerle döndürülür.

16. Bükülen kroşeler model üzerinde akrilin gelmeyeceği noktalardan mumla sabitlenir.
17. Model 10-15 dk suda bekletilerek suya doyurulur.
18. Model kurutulur, laklanır, akril yapımına hazırlanır.
19. Akrilik yapımı için, model önce likit ile ıslatılır, toz bu likite yavaşça yedirilir.
20. Bu işlem gövde plağın geleceği tüm bölgeye uygulanır. Yeterli kalınlık elde edildikten sonra dış yüzeyindeki fazlalıklar kabaca spatülle temizlenir.
21. Kalınlık 1.5-2mm olmalıdır.
22. Aparey tesviyelenir, yüzeylerde hiçbir pürüz kalmayacak şekilde zımparalanır, daha sonra pomza ve alçı ile parlatma işlemleri yapılır.
23. Aparey hastaya teslim edilmeden ağız içinde uyumu kontrol edilir.
24. Apareyin bakımı, temizlenmesi ve kullanım şekli hastaya anlatılır.

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI

ÇOCUK HASTA İÇİN PSİKOLOJİK YAKLAŞIM MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Çocuğu iyi tanımalı, onunla her seans sohbet etmek için zaman ayrılmalıdır.
2. Hastalar güler yüzle karşılanarak bekleme odasına alınmalıdır.
3. Bekleme odasında çocukla ilk karşılaştığında ona adıyla hitap edilerek, eli sıkılmalıdır.
4. Bekleme odasında anne ve baba ile sohbet edilerek çocuğun medikal ve dental geçmişi ile ilgili anamnez alınmalıdır. Anne ve babanın çocuğun psikolojisi üzerine etkisi araştırılmalıdır.
5. Klinik çocuğa tanıtılmalıdır. Sivri uçlu, korkabileceği aletler gösterilmemelidir.
6. Çocuk bekleme odasında uzun süre bekletilmemelidir. Burada görsel ve işitsel birtakım öğelerle (DVD, poster, VCD) dental uygulamalar hakkında çocuğun önceden olumlu yönde bilinçlendirilmesi yapılmalıdır.
7. İlk ziyaret sıklıkla alıştırma olmalıdır. Tanışma, bilgi verme, iletişim kurma ile bitirilebilir. Çocuğa yapılacak tedavilerin gerekliliği anlatılır. Çocuğun yaşı büyükse ve yeteri kadar uyumluysa radyografi alma, oral profilaksi uygulaması gibi basit ve daha az invaziv işlemler gerçekleştirilebilir. İkinci seans için randevu verilir.
8. Dental tedavi uygulanacak seansta, Anlat-Göster-Uygula (AGU) yöntemine sadık kalınarak, kullanılacak aletler ve tedavi yöntemleri, sabırla çocuğa anlatılır. Yapılacak işlemler hakkında hekim veya aileye asla yalan söylenmemelidir.
9. Sakin davranılmalı, gereğinden fazla otoriter veya hoşgörölü olunmamalıdır. Yüz ifadesi güven vermelidir. Tereddütlü davranılmamalı, doğru tedavi planlaması yapılmalıdır.
10. Tedavi sırasında uygulamalar ve kullanılacak aletlerin tanımlamaları için çocuğa uygun farklı terimler kullanılmalıdır. (Hava=rüzgâr, radyografi=fotoğraf vb.)
11. Çocukla konuşurken asla ağrı, acı, sızlama, kanama gibi kelimeler kullanılmamalıdır.
12. Ailenin klinikte bulunması çocuk ve diş hekimi arasındaki ilişkiyi bozabilir. Bununla birlikte annenin kliniğe çocukla alınması 4 yaş ve altı çocuklar için kabul edilebilir. Şayet anne ısrarcı bir biçimde muayene odasındaki çocuğa eşlik etmesi gerektiğini söylüyorsa içeride pasif rol üstlenmesi, diş hekiminin komutlarını tekrarlamaması ve disipline uyması koşuluyla kliniğe alınabilir.
13. İlk seansta işlemler çocuğu sıkmadan kısa sürede bitirilmelidir.
14. Tedavi sırasında zorluk çıkaran çocuklara rüşvet tarzı vaatlerde bulunulmamalıdır. Bunun yerine, pozitif davranış karşısında övgü dolu sözlerle ödüllendirme yapılmalıdır. Tedavi sonrasında önceden vaat edilmeden küçük hediyeler verilebilir.

**ÇOCUK HASTA İÇİN ÖYKÜ ALMA VE
HASTANIN AĞIZ DIŞI MUAYESİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ**

1. Çocuk hastaya adı ile hitap ederek, önce hasta ile daha sonra velisiyle selamlaşılır.
2. Hastanın göz hizasına inerek kendisini tanıtmalıdır.
3. Hastanın velisinden çocuğun şikâyetini açık sorular sorularak öğrenilir.
4. Şikâyetlerin tamamı belirlenmeye çalışılır ve sonrasında hastanın cümleleriyle tekrar edilerek şikâyetlerini anladığınız gösterilir.
5. Hastanın şikâyetlerini dinledikten sonra, şikâyetleri üzerinden kapalı sorulara yönelinir; ‘ağrısı ne zaman başlıyor, ağrı kesici alma ihtiyacı oldu mu, gece ağrısı yaptı mı, antibiyotik kullandı mı’ vs.
6. Hastanın tıbbi geçmişi sorgulanır; Çocukluk hastalıklarını geçirip geçirmediği kalp, böbrek gibi herhangi bir sistemik hastalık varlığı, geçirmiş olduğu ameliyatları, düzenli olarak kullandığı ilaçları, allerji durumu (ilaç, besin) sorgulanır.
7. Fiziksel kısıtlılık olup olmadığı kontrol edilir.
8. Hasta muayene koltuğuna oturtulur ve yaşı öğrenilir.
9. Büyüme gelişimi değerlendirilir.
10. Hastanın parmakları ve tırnakları herhangi bir anomali, fonksiyon bozukluğuna açısından kontrol edilir.
11. Saç ve saçlı deri kontrol edilir.
12. Cilt kuruluğu olup olmadığı kontrol edilir.
13. Göz hareketleri ve sklera rengi kontrol edilir.
14. Burun anatomisi kontrol edilir.
15. Dudak yapısı kontrol edilir.
16. Yüzde asimetri varlığı kontrol edilir.
17. Lenf muayenesi yapılır.
18. TME muayenesi yapılır.

**ÇOCUK HASTANIN AĞIZ İÇİ
MUAYESİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ**

1.	Hasta muayene koltuğuna oturtulur ve yaşı öğrenilir.
2.	Dil, yanak mukozası, dudak mukozası ve dişetleri şişlik, renk değişikliği vepatoloji varlığı açısından kontrol edilir.
3.	Hastanın dişlenme dönemi belirlenir.
4.	Ağız içindeki mevcut dişleri sayı, şekil, durum, büyüklük ve yapı bakımındankontrol edilir.
5.	Oklüzyon değerlendirmesi yapılır.
6.	Diş yüzeyleri kurutulur.
7.	Dişleri çürük ve travmatik yaralanma varlığı açısından kontrol edilir.
8.	Gerekli ise radyolojik tetkik istenir.

ÇOCUK HASTADA ÇÜRÜK TESPİTİ
MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1.	Eldiven giyilir.
2.	Aydınlatma yeterli ve doğru şekilde konumlandırılır.
4.	Ayna-sond ile ağız içi muayenesi yapılır.
5.	Radyografi incelenir.
6.	Çürüğün sınıflandırılması yapılır.

**ÇOCUK HASTADA ELEKTRİKLİ PULPA TESTİ
MESLEKİ BECERİ REHBERİ**

1. Hasta muayene koltuğuna oturtulur ve baş desteği ayarlanır.
2. Vitalite testi için gerekli ekipman hazırlanır.
3. Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi verilir ve test sırasında ne yapması gerektiği anlatılır.
4. Test uygulanacak dişler pamuk rulolarla izole edilir ve hava spreyi ile kurutulur.
5. Elektrot doğrudan diş yüzeyine temas etmeli, restorasyonlara ya da komşu yumuşak dokulara temas etmemelidir.
6. Elektrotun ucu ıslatılır, dudak klipsi takılır.
7. Cevap alınıncaya kadar voltaj yavaşça yükseltilir.
8. Uyarılma eşiği not edilir.
9. Pamuk rulolar yavaşça ve gerekirse su spreyi kullanılarak çıkarılır.

**ÇOCUK HASTANIN ÇÜRÜK RİSKİNİN KLİNİK OLARAK BELİRLENMESİ
MESLEKİ BECERİ REHBERİ**

1. Hasta muayene koltuğuna oturtulur ve yaşı öğrenilir.
2. Diş yüzeyleri kurutulup ağız içi muayenesi yapılır.
3. Çürük riskini artırabilecek bir sistemik hastalığı ve/veya sendromu olup olmadığı belirlenir.
4. Ağızdaki mevcut çürük, dolgulu ve çekilmiş diş varlığı değerlendirilir ve kaydedilir.
5. Gözle görünür plak varlığı kontrol edilir.
6. Defektli mine varlığı kontrol edilir.
7. Ortodontik tedavi görüp görmediği veya hareketli herhangi bir aparey kullanıp kullanmadığı değerlendirilir.
8. Diyet tüketim alışkanlığı değerlendirilir ve ara öğün tüketim sıklığı tespit edilir.

**ÇOCUK HASTADA PANORAMİK RADYOGRAFİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ
MESLEKİ BECERİ REHBERİ**

1. Çocuk hastanın dişlenme dönemi belirlenir.
2. Dişlerin sayısı kontrol edilir.
3. Dişlerdeki şekil anomalisi varlığı kontrol edilir.
4. Dişlerdeki durum anomalisi varlığı kontrol edilir.
5. Dişlerdeki büyüklük anomalisi varlığı kontrol edilir.
6. Dişlerdeki yapı anomalisi varlığı kontrol edilir.
7. Dişlerde çürük varlığı değerlendirilir.
8. Apikal dokularda lezyon varlığı değerlendirilir.
9. Çene kemiğindeki radyolüsent ve radyoopak alanlar değerlendirilir.

**AĞIZ BAKIM DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BESLENME EĞİTİMİ
MESLEKİ BECERİ REHBERİ**

1. EÇÇ etiyojosisinde yer alan beslenme hataları belirlenir.
2. Anne sütü alım sıklığı ve süresi değerdendirilip uygun öneride bulunulur.
3. Biberon kullanımı var mı belirlenir? Biberon kullanım sıklığı ve içeriğı sorgulanır,uygun öneride bulunulur.
4. Emzik kullanım alışkanlıkları sorgulanır, gerekli ise uygun öneride bulunulur.
5. Katı gıda tüketimi ve içeriğı sorgulanır.
6. Ara öğün tüketim sıklığı olup olmadığı belirlenir ve uygun öneride bulunulur.
7. Çürük önleyici gıda önerisinde bulunulur.

AĞIZ BAKIM EĞİTİMİNİN VERİLMESİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Diş fırçası temiz kabından çıkarılıp ele alınır, fırçaya yaşa göre uygun miktarda florlu diş macunu sürülür.
2. Diş fırçası üst kesici dişlerin ön yüzüne, bir ya da iki dişi içine alacak şekilde, diş ile dişeti sınırına 45 derece açı ile yatay olarak yerleştirilir, süpürür şekilde kaydırarak tüm üst kesici dişlerin ön yüzleri 4-5 kez fırçalanır.
3. Diş fırçası sağ üst arka dişlerin bukkal yüzlerine, birkaç dişi içine alacak şekilde, diş ile dişeti sınırına 45 derece açı yaparak yatay olarak yerleştirilir, süpürür şekilde kaydırarak tüm arka dişlerin yanak tarafındaki yüzleri 4-5 kez fırçalanır. Aynı işlem sol üst arka dişlere de uygulanır.
4. Diş fırçası üst kesici dişlerin arka yüzlerine, diş dişeti sınırına 45 derece açı yaparak dikey olarak yerleştirilir, süpürür şekilde kaydırarak tüm üst kesici dişlerin arka yüzleri 4-5 kez fırçalanır.
5. Diş fırçası sağ üst arka dişlerin ağız içine bakan yüzüne birkaç dişi içine alacak şekilde, diş ile dişeti sınırına 45 derece açı ile yatay olarak yerleştirilir ve süpürür şekilde kaydırarak tüm sağ üst arka dişlerin ağız içine bakan palatinal yüzleri 4-5 kez fırçalanır. Aynı işlemler sol üst arka dişlere de uygulanır.
6. Diş fırçası, kılları sağ üst arka dişlerin çiğneyici (oklüzal) yüzlerine bakacak şekilde yerleştirilir ve öne arkaya doğru fırçalanır. Aynı işlemler sol üst arka dişlerin çiğneyici yüzlerine de uygulanır.
7. Diş fırçası alt kesici dişlerin ön yüzüne, bir ya da iki dişi içine alacak şekilde, diş ile dişeti sınırına 45 derece açı ile yatay olarak yerleştirilir, süpürür şekilde kaydırarak tüm alt kesici dişlerin ön yüzleri 4-5 kez fırçalanır.
8. Diş fırçası sağ alt arka dişlerin bukkal yüzlerine, birkaç dişi içine alacak şekilde, diş ile dişeti sınırına 45 derece açı yaparak yatay olarak yerleştirilir, süpürür şekilde kaydırarak tüm arka dişlerin yanak tarafındaki yüzleri 4-5 kez fırçalanır. Aynı işlem sol alt arka dişlere de uygulanır.
9. Diş fırçası alt kesici dişlerin arka yüzlerine, diş dişeti sınırına 45 derece açı yaparak dikey olarak yerleştirilir, süpürür şekilde kaydırarak tüm üst kesici dişlerin arka yüzleri 4-5 kez fırçalanır.
10. Diş fırçası sağ alt arka dişlerin ağız içine bakan yüzüne birkaç dişi içine alacak şekilde, diş ile dişeti sınırına 45 derece açı ile yatay olarak yerleştirilir ve süpürür şekilde kaydırarak tüm sağ alt arka dişlerin ağız içine bakan palatinal yüzleri 4-5 kez fırçalanır. Aynı işlemler sol alt arka dişlere de uygulanır.
11. Diş fırçası, kılları sağ alt arka dişlerin çiğneyici (oklüzal) yüzlerine bakacak şekilde yerleştirilir ve öne arkaya doğru fırçalanır. Aynı işlemler sol alt arka dişlerin çiğneyici yüzlerine de uygulanır.
12. Ağız su ile çalkalanır.
13. Diş fırçası su ile yıkanır, fırça kılları yukarıda olarak dik bir şekilde bardağa koyulur.

PERİAPİKAL, BİTEWİNG, OKLÜZAL RADYOGRAFİ ÇEKİMİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1.	Hasta koltuğa oturtulur, tetiyer düzeltilir.
2.	Hasta, ağızındaki hareketli yer tutucusunu ve varsa gözlüğünü çıkarması konusunda uyarılır.
3.	Hastaya kurşun önlük ve tiroit koruyucusu giydirilir.
4.	Görüntülenecek dişlerin oklüzal düzlemi yer düzlemine paralel, başın sagittal düzlemi yere dik olacak şekilde hastanın başı konumlandırılır.
5.	Makinayı kullanılacak olan filmin hızına dikkat ederek (D veya E hızı) uygun olan ekspozisyon parametrelerine göre (kVp, mA, ekspozisyon süresi) ayarlanır (ekspozisyon tablosunu kullanarak).
6.	Görüntülenecek dişler, filmin merkezinde olacak şekilde film, dişlerin arkasında konumlandırılır.
7.	Süt ve sürekli molar (ve premolar) dişlerin projeksiyonu için filmi yatay olarak, sürekli ve süt kanin ve keser dişler için ise filmin uzun eksenine dişlerin uzun eksenine paralel olacak şekilde yerleştirilir.
8.	Maksiller projeksiyon için hastaların baş parmağı, mandibular projeksiyon için ise hastanın işaret parmağı kullanılarak filmi tutması sağlanır (sağ dişlerden film alınacaksa sol elini, sol dişlerden film alınacak ise sağ elini kullanmalıdır).
9.	Film yaklaşık 1mm kadar dişlerin oklüzal yüzeyinin altına sarktığı veya alt çenede dişlerin oklüzal yüzeyini 1 mm kadar aştığı kontrol edilir.
10.	Röntgen tüpünün vertikal açılması diş ile filmin oluşturduğu hayali açıortay çizgiye dik gelecek şekilde düzenlenir.
11.	Röntgen tüpünün horizontal açısı görüntülenecek dişlerin anatomik yapısına ve filmi pozisyonuna bağlı olarak ayarlanır.
12.	Röntgen tüpünün konunun (radyasyon çapının) film paketinin tamamını içine aldığı kontrol edilir.
13.	Primer ve sekonder radyasyon alanından uzaklaşılır.
14.	Hızlı bir şekilde ekspozisyon parametreleri, filmin ve konun pozisyonu, hastanın duruşu tekrar kontrol edildikten sonra, hastaya hareketsiz kalması söylenir.
15.	Ekspozisyon düğmesine basılır ve sinyal sesi duyuluncaya dek düğmeye basılı tutulur.
16.	Film hastanın ağızından uzaklaştırılır ve kâğıt havlu ile kurulanır (aynı filmi yanlışlıkla ekspozite etmemek için ışınlanmış ve ışınlanmamış filmler ayrı yerlerde saklanmamalıdır)
17.	Röntgen tüpü hastadan uzaklaştırılır, kurşun önlük ve tiroit koruyucusu çıkartılır, hasta koltuktan kaldırılıp röntgen odasından uzaklaştırılır.
18.	Filmi banyo işlemlerine tabi tutulur ve gerekli ise çekim tekrarlanır.

FLOR VERNİK UYGULAMASI MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hasta muayene koltuğuna oturtulur.
2. İşleme başlamadan önce kullanılacak alet ve malzemeler hastaya anlayabileceği şekilde anlatılır.
3. Dişlerin tüm yüzeyleri, polisaj pastası ve polisaj fırçası kullanılarak temizlenir.
4. Flor verniği uygulanacak çeneye, pamuk rulolar yerleştirilir. Sakşın ile tükrük izolasyonu sağlanır.
5. Diş yüzeyleri hava spreyi ile kurutulur.
6. Fırça yardımıyla vernik dişlere uygulanır.
7. Hastaya ve velisine, 4 saat sert besinler tüketmemesi gerektiği ve uygulama günü fırçalama yapmaması gerektiği söylenir.
8. Hastanın çürük riskine göre 3 ya da 6 aylık kontrol randevusu planlanır.

FLOR JELİ UYGULAMASI MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hasta muayene koltuğuna oturtulur.
2. İşleme başlamadan önce kullanılacak alet ve malzemeler hastaya anlayabileceği şekilde anlatılır.
3. Dişlerin tüm yüzeyleri, polisaj pastası ve polisaj fırçası kullanılarak temizlenir.
4. Flor jeli uygulanacak çeneye, pamuk rulolar yerleştirilir. Sakşın ile tükruk izolasyonu sağlanır.
5. Diş yüzeyleri hava spreyi ile kurutulur.
6. Preselin ucuna sarılan pamuk yardımıyla dişlerin tüm yüzeylerine flor jeli uygulanır.
6. 3-5 dk beklenir.
7. Diş yüzeyindeki fazla flor, presele sarılı pamukla ortamdan uzaklaştırılır
8. Pamuk rulolar ve sakşın ağızdan çıkartılır. Hastaya ağızını su ile çalkalamadan, sadece tükürebileceği söylenir.
9. Hastaya ve hastanın velisine, yarım saat bir şey yiyip içilmemesi gerektiği söylenir.
10. Hastaya ve velisine, 4 saat sert besinler ve sıcak içecekler tüketmemesi gerektiği ve uygulama günü fırçalama yapmaması gerektiği söylenir.
11. Hastanın çürük riskine göre 3 ya da 6 aylık kontrol randevusu planlanır.

FİSSÜR ÖRTÜCÜ UYGULAMASI MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hasta muayene koltuğuna oturtulur.
2. İşleme başlamadan önce kullanılacak alet ve malzemeler hastaya anlayabileceği şekilde anlatılır.
3. Dişlerin tüm yüzeyleri, polisaj pastası ve polisaj fırçası kullanılarak temizlenir.
4. Tükrük izolasyonunu sağlanır.
5. Oklüzal yüzeyde fissürler ve çevresi (fissürün en derin noktası ile tüberkül tepesi arası mesafenin 1/3'ünü içerisine alacak şekilde) asit jeli ile 20 sn asitlenir. (%37'lik ortofosforik asit)
6. Asit jelinin fazlası önce pamuk peletler ile silinir sonra asit uygulaması ile aynı süre basınçlı su ile sürekli yıkanarak asit dişten uzaklaştırılır.
7. Diş yüzeyi yağ içermeyen hava ile kurutulur.
8. Fissür örtücü ince bir tabaka halinde dişin distalinden mezyaline doğru uygulanarak tüm fissür ve pitsler örtülür. Hava kabarcığı kalmamasına dikkat edilir (sondla yayılarak).
9. 20-30 sn ışık ile polimerize edilir.
10. Artikülasyon kâğıdı ile oklüzyon kontrol edilir.
11. Yükseklik tespit edilirse, sırasıyla polisaj frez ve lastikleri ile polisaj yapılır ve yeni yükseklik kontrol edilir.
12. Nemli pamukla oluşan oksijen inhibisyon zonu silinir.

KORUYUCU REZİN RESTORASYON MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Dişin oklüzal yüzü pomza ve fırça ile temizlenir.
2. Çürük fazla madde kaybı yapılmadan temizlenir.
3. Çürüğün derinliğine göre gerekirse kavite tabanına dycal konulabilir. Üzerine cam iyonomer, kompozit ya da kompomer ile restorasyon yapılır.
4. Artikülasyon kâğıdı ile yükseklik kontrolü yapılır.
5. Tüm fissürlere, fissür örtücü uygulanır (asitleme, yıkama, fissür örtücü uygulaması basamakları takip edilir).
6. Artikülasyon kâğıdı ile yükseklik kontrolü yapılır, fazlalıklar düzeltilir.

SÜT VE DAİMİ DİŞ RESTORASYONU MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hasta muayene koltuğuna oturtulur.
2. Aydınlatma sağlanır.
3. İlgili dişin belirlenir.
4. Mevcut periapikal ve panoramik radyografiler incelenir, gerekli ise yeniden çekilir.
5. Endikasyon konulur.
6. Gerekli malzemeler hazırlanarak, çocuğa anlayacağı şekilde gösterilerek anlatılır.
7. Açılacak kavite tipi belirlenir.
8. Belirlenen kavite tipine göre restoratif materyal seçilir.
9. Gerekli ise anestezi uygulanır.
10. Mine tabakası ve mine yüzeyindeki çürük, aeratöre takılan elmas frezler ile uzaklaştırılır.
11. Pamuklar yerleştirilerek dişin izolasyonu sağlanır ve çürük dentin mikromotor-anguldurvaya takılan çelik frezler ile uzaklaştırılır.
12. Gerekli durumda uygun matriks ve kama takılır.
13. Asitleme ve bonding ajanı uygulanır.
14. Artikülasyon kâğıdı ile oklüzyon kontrolü yapılır.
15. Polisaj yapılır.
16. Hasta ve velisi bilgilendirilir.

SÜT DİŞLERİNDE KANAL TEDAVİSİ VE PREPERASYON MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Lokal anestezi uygulanır. (Dişin canlı pulpaya sahip olmadığı durumlarda lokal anestezi uygulanmaz.)
2. Diş rubber-dam ile izole edilir.
2. Çürük sınırlarının belirlediği kavite preparasyonu yapılır. Mine tabakası aeratöre takılan elmas frezler ile, çürük dentin ise micromotor-anguldurvaya takılan çelik frezler ile uzaklaştırılır. Pulpa odası açığa çıkartılır. Rond frezler ile ya da keskin ekskavatörlerle koronal pulpa dokusu kanal ağızlarına kadar tamamı ile uzaklaştırılır.
3. Kanal ağızlarını rahatça görebilmek için kavitede gerekli düzeltmeler yapılır, molar dişlerde giriş kavitesi duvarları mezyobukkal yönde genişletilebilir. Bu işlemler sırasında pulpa tabanının (bifurkasyo) delinerek açılmamasına dikkat edilmelidir.
4. En ince tirnerflerle, çok derine inilmeden, kanallarda kalan enfekte pulpa dokusu uzaklaştırılır.
5. Kanal boyu ve sayısının tespiti için elektronik apeks belirleyiciler kullanılır.
6. Enfekte dentin dokusu kanal eğeleri kullanılarak kanal duvarlarından uzaklaştırılır. Eğeler kolay kullanım amacıyla bükülebilir. Uygun olan eğe ile başlanan genişletme işlemi enfekte dokuların bütünüyle uzaklaştırılmasıyla (en az 30 no'lu eğe) son bulur. (Daimi dişlerden farklı olarak burada amaç genişletme değil, enfekte dokuları uzaklaştırmaktır.)
7. Kanallar, kanal yıkama solüsyonları ile fazla basınç uygulamadan yıkanır.
8. Kanallar steril kâğıt konlarla kurulanır.
9. Ca(OH) ₂ patı yoğurt kıvamında hazırlanır.
10. Kanallar, düşük devirde, saat yönünde dönen, kanalın genişliğine ve boyuna uygun bir lentilo kullanılarak kalsiyum hidroksit patı ile doldurulur. Lentilo kanaldan çalışır vaziyette çıkartılır (Aksi halde kanal patı geri alınmış olur.)
12. İşlemin kontrolü amacıyla röntgen alınır.
13. Uygun restorasyon işlemi uygulanır.

ÖLÇÜ ALMA MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hasta muayene koltuğuna oturtulur.
2. Hasta işlem hakkında bilgilendirilir.
3. Hastanın koltuğu dikleştirilerek uygun pozisyona gelmesi sağlanır.
4. Uygun ölçü kaşığı belirlenir (boyut ve çeşit).
5. Kullanılacak ölçü maddesine göre karıştırmada gerekli malzemeler hazırlanır.
6. Kaşık boyutuna göre uygun su-toz oranı ya da pat oranları belirlenir.
7. Uygun kıvamda ve homojen karışım elde edilir ve kaşığā yüklenir
8. Ölçü alınacak çeneye göre hekimin konumlanır ve ölçü kaşığı yerleştirilir.
9. Ölçü maddesi yeteri kadar sertleştikten sonra ölçü kaşığı uygun şekilde çeneden uzaklaştırılır.
10. Ölçünün kontrolü ve dezenfeksiyonu sağlanır.
11. Hastanın ağzı ve yüzü temizlenerek, veliye gerekli bilgilendirme yapılır.

SABİT YER TUTUCU APAREY TESLİMİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hasta koltuğa oturtulur.
2. Yer tutucu apareyin dezenfeksiyonu sağlanır.
3. Yer tutucu hasta ağzında denenir.
4. Oklüzyon kontrol edilir.
5. Dişlerin tükürükten izole edilerek sabit yer tutucu yapıştırıcı siman ile simante edilir.
6. Apareyin kullanımı ile ilgili hasta ve velisine bilgi verilir.
7. Hasta kontrollere çağrılır.

HAREKETLİ YER TUTUCU APAREY TESLİMİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hasta koltuğa oturtulur.
2. Yer tutucu apareyin dezenfeksiyonu sağlanır.
3. Yer tutucu hasta ağızında denenir ve pens yardımıyla uyumlandırılır.
4. Oklüzyon kontrol edilir.
5. Apareyin kullanımı ile ilgili hasta ve velisine bilgi verilir.
6. Hasta kontrollere çağrılır.

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI

ARA YÜZ FIRÇASI KULLANIMI MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hastanın hangi tip ve boyutta arayüz temizlik aracına ihtiyaç duyacağı embraşür tipine göre belirlenir.
2. Arayüz temizliğinde kullanılan materyaller hastaya tanıtılır.
3. Arayüz fırçası vestibülo-oral yönde iki diş arasına yerleştirilir.
4. Birbirine komşu iki diştten birinin ara yüzeyine yaslanır.
5. Fırça kılları mümkün olduğunca dişetine yaklaştırılır.
6. Bu konumda, fırça yaslanan dişin kurvatürüne uygun olarak içeri-dışarı (vestibülo-oral) yönde 5-6 kez hareket ettirilir.
7. Arayüz bölgesinde klinik kuron boyu uzun ise fırçaya içeri-dışarı harekete ek olarak yukarı-aşağı hareket de verilir.
8. Mezyo-bukkal, mezyo-lingual, disto-bukkal, disto-lingual bölgeleri içeri-dışarı ve onu takiben yukarı-aşağı yönde fırçalanır.
9. Birbirine komşu iki diştten birinin arayüzü temizlendikten sonra diğerine geçilir.
10. Aktif fırçalama hareketi her dişin arayüzünde önce vestibülo-oral yönde daha sonra oral-vestibül yönde uygulanır.

DİŞ FIRÇALAMA TEKNİĞİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

(Tüm dişlerin vestibül yüzleri ve posterior dişlerin lingual / palatinal yüzleri)

1. Diş fırçası ele alınır, mercimek büyüklüğünde diş macunu fırça kılları arasına sıkılır.
2. Fırça sapının yarısı avuç içinde kavranırken başparmak fırça sapı üzerine yerleştirilir.
3. Fırça kılları diş yüzeyi ile dik açı oluşturacak ama dişe değmeyecek şekilde fırça sapı yere paralel tutulur.
4. Kıl uçları dişetine bakacak şekilde yönlendirilerek diş yüzeyi ve fırça kılları arasında 45° açı oluşturulur.
5. Fırça bu pozisyondayken dişe en yakın olan kıl sırası diş-dişeti bileşkesine boydan boya değdirilir, az bir kuvvetle bastırılarak kılların diş yüzeylerine iyi adaptasyonu sağlanır.
6. Fırçanın pozisyonu bozulmadan ve bir diştten diğerine atlamadan fırça başı kısa mesafelerde mezyal-distal yönde 4-5 kez hareket ettirilir
7. Bilek hareketiyle fırça dişetinden dişe doğru döndürülerek bir defada süpürme hareketi yaptırılır.
8. Aktif fırçalama hareketleri 2 veya 3 diş kapsayacak şekilde küçük bölgelerde 5-6 kez tekrarlanır.
9. Posterior bölgeden başlayarak arkın bir ucundan diğer ucuna kadar tüm vestibül yüzler ile posterior dişlerin lingual / palatinal yüzleri bu şekilde fırçalanır. Fırçalama işlemi ağız açık olarak, alt ve üst çene arklarına ayrı ayrı uygulanır.

DİŞ FIRÇALAMA TEKNİĞİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

(Anterior dişlerin lingual / palatinal yüzleri)

1. Diş fırçası ele alınır, mercimek büyüklüğünde diş macunu fırça kılları arasına sıkılır.
2. Fırça sapının yarısı avuç içinde kavranırken başparmak fırça sapı üzerine yerleştirilir.
3. Fırça kılları alt çenede aşağıya, üst çenede yukarıya bakacak şekilde fırçanın ucu ön diş dizisine dik olarak ve sapı yere paralel olarak yaklaştırılır.
4. Fırça kılları dişlerin palatinal / lingual yüzlerine gelecek şekilde yerleştirilir.
5. Bu pozisyondayken fırça sapının ucu alt çenede yukarı, üst çenede aşağı doğru hafifçe kaldırılır.
6. Fırça kılları titreştirilerek dişetinden dişe doğru süpürme hareketi yaptırılır.
7. Aktif fırçalama hareketi her diş yüzeyinde 5-6 kez tekrarlanır.

AĞIZ BAKIM DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE AĞIZ BAKIM EĞİTİMİNİN VERİLMESİ (Diş İpi uygulama mesleki beceri rehberi)

1. Diş ipi makarasından yaklaşık 40 cm uzunluğunda ip koparılır.
2. Diş ipinin bir ucu sağ elin, diğer ucu sol elin orta parmağının ilk boğumu civarına birkaç kez sarılarak ip elde sabitlenir. Orta, yüzük ve serçe parmaklar avuç içinde bileğe doğru kapatılır.
3. Diş ipi üst çene anterior dişler hariç, iki elin işaret parmakları arasında tutulur, parmak uçları üst çene için göze, alt çene için yere bakacak şekilde çevrilir ve tırnakları birbirine baktırılır. Bu sırada, işaret parmakları neredeyse birbirine değecek yakınlıkta olmalıdır.
- Üst çene anterior dişler için sağ ve sol yarım çenelerden hangisinde çalışılıyorsa o taraftaki elin başparmağı vestibülde, diğer elin işaret parmağı palatinalde olarak tutulur.
4. Diş ipi kısa mesafelerde vestibül-oral yönde hareket ettirilerek komşu iki dişin arasına girilir.
5. Yönlendirilen parmaklar yardımıyla diş ipi dişlerden birinin boyun kısmında arayüze U şeklinde sarılır.
6. Dişetini kesmemeye özen göstererek diş ile dişeti arasına mümkün olduğunca girilir ve ipi yönlendiren parmakların dişeti/diş ile teması korunur.
7. Bu pozisyon bozulmadan diş ipi kısa mesafelerde önce vestibülo-oral daha sonra yukarı-aşağı yönde 5-6 kez hareket ettirilir.
8. Birbirine komşu iki dişten birinin ara yüzü temizlendikten sonra dişeti papili atlanarak diğer dişe geçilir.

SONDALAMADA KANAMA ÖLÇÜMÜ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hasta uygun muayene pozisyonuna konumlandırılır, yapılacak işlem bilgisi verilip ağzını açması istenir ve ışık ayarlanır.
2. Ölçüm yapılacak bölgede dil ve yanak ekartasyonu ağız aynasıyla, sondalamada kanama ölçümü ise periodontal sond ile yapılır.
3. Dişlerin tüm yüzeylerine komşu dişetleri periodontal sond dişin uzun aksına dik konumlandırılır, dişeti kenarından sondalama yapılır ve kanama olup olmadığı değerlendirilir.
4. Her dişin 6 bölgesinden (mesiobukkal, midbukkal, distobukkal, mesiopalatinal, midpalatinal ve distopalatinal) kanama var/yok (+/-) olarak değerlendirme yapılır.
5. Tüm ağız sondalamada kanama değeri % olarak hasta kayıt formuna kaydedilir.

GRACEY KÜRET BİLEME MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Sağ elini kullananlar masanın sağ köşesinde, sol elini kullananlar ise sol köşesinde oturur.
2. Bileme taşı üzerine bir damla bileme yağı damlatılır ve yağ taş üzerine yayılır.
3. Aktif elin baş parmağı ile bileme taşının üst dar yüzeyinden, orta parmak ve yüzük parmağı ile alt dar yüzeyinden ve işaret parmağı ile yan yüzeyinden sıkıca tutulur.
4. Gracey küretin alt boyun kısmı yere dik olacak şekilde tutulup küretin bilenecek olan aktif kesici kenar belirlenir.
5. Küret, pasif elin avuç içi ile parmakları arasında sıkıca tutulur.
6. Pasif el, bilek ve dirsek masaya dayanacak şekilde elde tutulan küretin üst boyun kısmı masaya dayanır. Bu sırada küretin bilenecek bıçak kenarı masadan uzak tarafa bakar.
7. Bileme yapacak kişi küretin ucunu kendine çevirir.
8. Küretin bıçak yüzeyi yere paralel hale getirilir.
9. Bileme işlemine kesici kenarın alt boyun ile komşulukta olduğu dip kısımdan başlanır.
10. Taş ile küret, bileme taşının yağ damlatılan yüzeyi ile küretin bıçak yüzü arasında 90° açı olacak şekilde temas ettirilir. Bu sırada henüz aktif bileme hareketine başlanmaz.
11. Pozisyon bozulmadan taş ile bıçak yüzü arasındaki açı önce 110°den fazla olacak şekilde artırılır, daha sonra küretin bıçak yüzünde yağ damlacıkları birikene kadar taş hafifçe yukarı aşağı hareket ettirilerek gittikçe kapatılır.
12. Uygun bileme açısına (100-110°) erişildikten sonra, açığı bozmadan ve kesici kenardan ayırmadan taş, tüm yüzeyi boyunca aşağıya doğru itilir.

13. Alete uygulanan kuvvet bir miktar azaltılarak taş yukarı doğru çekilir.
14. Taşın ve aletin pozisyonu bozulmadan, bu itme-çekme hareketlerine taşın tüm yüzeyi boyunca uzun yol kat edecek şekilde devam edilir ve küretin eğitime uygun olarak taş rotasyona uğratarak uca doğru gelinir.
15. Aletin keskinleşip keskinleşmediği 3-4 harekette bir akril çubuk üzerinde veya kuvvetli ışık altında kontrol edilir.
16. Küretin diğer kesici kenarı, küret tablanın diğer köşesinde konumlandırılarak ya da aktif ve pasif el değiştirilerek benzer şekilde bilinir.

ÜST VE ALT ÇENE KESİCİ VE PREMOLAR DIŞLARIN KÖK YÜZEYİ DÜZLEŞTİRMESİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Gracey küretin çalışılacak ucunun alt boyun kısmı yer düzlemine dik tutularak yere yakın olan bıçak kenarı aktif kesici kenar olarak tayin edilir.
2. Çalışılacak uç tarafında boyun kısmına komşu olan sap kısmı baş ve işaret parmakları arasında tutulur, orta parmağın yanı ile uca yakın boyun kısmı alttan desteklenir (modifiye kalem tutuşu).
3. Küretin sapı, baş ve işaret parmaklarının tarak kemikleri ile birleştiği noktalar arasında kalan kurvatüre yaslanır.
4. Küreti tutan elin yüzük parmağı ile temizlenecek diş en yakın komşu dişin kesici kenarından destek alınır.
5. Bıçağın 1/2 - 2/3 uç kısmı diş ile temas ettirilerek cep tabanına doğru yerleştirilir, aletin yuvarlak olan bıçak sırtı ile bağlantı epitelinin direnci hissedilinceye kadar subgingival bölgede ilerlenir.
6. Bu pozisyonda, aktif kesici kenar ile diş yüzeyi temas halindeyken aletin bıçak yüzü ile diş yüzeyi arasında 70-90° lik açı oluşturulur (bıçağın 1/3 uç kısmı kullanılır).
7. Pozisyon bozulmadan kullanılan ucun kesici kenarı diş yüzeyine doğru bastırılarak lateral kuvvet uygulanır.
8. Aynı pozisyonda aletin kullanılan ucuna vertikal ya da oblik tek yönde çekme kuvveti uygulanır. Bu kuvvet üst çenede aşağıya, alt çenede yukarıya doğru uygulanır. Anterior bölgede bilek ile ön kol dik açığa yakın açı yapacak şekilde bükülerek ön kola rotasyon hareketi yaptırılır. Premolar bölgesinde ise bilek ile ön kol aynı hizada tutulur bu doğrultuda bileğe bükme hareketi yaptırılır.
9. Aktif hareket subgingival bölgedeki tüm diştaşları kaldırılıp kök yüzeyi pürüzsüz hale getirilinceye kadar yapılır. Bunun için çalışılan her yüzeye en az 10 küret darbesi uygulanır.

ÜST VE ALT ÇENE POSTERİOR DİŞLERİN MEZYAL YÜZEYLERİNİN KÖK YÜZEYİ DÜZLEŞTİRMESİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Gracey küretin çalışılacak ucunun alt boyun kısmı yer düzlemine dik tutularak yere yakın olan bıçak kenarı aktif kesici kenar olarak tayin edilir.
2. Çalışılacak uç tarafında boyun kısmına komşu olan sap kısmı baş ve işaret parmakları arasında tutulur, orta parmağın yanı ile uca yakın boyun kısmı alttan desteklenir (modifiye kalem tutuşu).
3. Küretin sapı, baş ve işaret parmaklarının tarak kemikleri ile birleştiği noktalar arasında kalan kurvatüre yaslanır.
4. Küreti tutan elin yüzük parmağı ile temizlenecek diş en yakın komşu dişin kesici kenarından destek alınır.
5. Bıçağın 1/2 - 2/3 uç kısmı diş ile temas ettirilerek cep tabanına doğru yerleştirilir, aletin yuvarlak olan bıçak sırtı ile bağlantı epitelinin direnci hissedilinceye kadar subgingival bölgede ilerlenir.
6. Bu pozisyonda, aktif kesici kenar ile diş yüzeyi temas halindeyken aletin bıçak yüzü ile diş yüzeyi arasında 70-90° lik açı oluşturulur (bıçağın 1/3 uç kısmı kullanılır).
7. Pozisyon bozulmadan kullanılan ucun kesici kenarı diş yüzeyine doğru bastırılarak lateral kuvvet uygulanır.
8. Aynı pozisyonda aletin kullanılan ucuna vertikal ya da oblik tek yönde çekme kuvveti uygulanır. Bu kuvvet üst çenede aşağıya, alt çenede yukarıya doğru uygulanır. Bilek ile ön kol aynı hizada tutulur ve bu doğrultuda bileğe bükme hareketi yaptırılır. Çekme kuvvetinin yönü bıçağın yüzüne dik olmalıdır.
9. Aktif hareket subgingival bölgedeki tüm diştaşları kaldırılıp kök yüzeyi pürüzsüz hale getirilinceye kadar yapılır. Bunun için çalışılan her yüzeye en az 10 küret darbesi uygulanır.

ÜST VE ALT ÇENE POSTERİOR DİŞLERİN DİSTAL YÜZEYLERİNİN KÖK YÜZEYİ DÜZLEŞTİRMESİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Gracey küretin çalışılacak ucunun alt boyun kısmı yer düzlemine dik tutularak yere yakın olan bıçak kenarı aktif kesici kenar olarak tayin edilir.
2. Çalışılacak uç tarafında boyun kısmına komşu olan sap kısmı baş ve işaret parmakları arasında tutulur, orta parmağın yanı ile uca yakın boyun kısmı alttan desteklenir (modifiye kalem tutuşu).
3. Küretin sapı, baş ve işaret parmaklarının tarak kemikleri ile birleştiği noktalar arasında kalan kurvatüre yaslanır.
4. Küreti tutan elin yüzük parmağı ile temizlenecek dişe en yakın komşu dişin kesici kenarından destek alınır.
5. Bıçağın 1/2 - 2/3 uç kısmı diş ile temas ettirilerek cep tabanına doğru yerleştirilir, aletin yuvarlak olan bıçak sırtı ile bağlantı epitelinin direnci hissedilinceye kadar subgingival bölgede ilerlenir.
6. Bu pozisyonda, aktif kesici kenar ile diş yüzeyi temas halindeyken aletin bıçak yüzü ile diş yüzeyi arasında 70-90° lik açı oluşturulur (bıçağın 1/3 uç kısmı kullanılır).
7. Pozisyon bozulmadan kullanılan ucun kesici kenarı diş yüzeyine doğru bastırılarak lateral kuvvet uygulanır.
8. Aynı pozisyonda aletin kullanılan ucuna vertikal ya da oblik tek yönde çekme kuvveti uygulanır. Bu kuvvet üst çenede aşağıya, alt çenede yukarıya doğru uygulanır. Bilek ile ön kol aynı hizada tutulur ve bu doğrultuda bileğe bükme hareketi yaptırılır. Çekme kuvvetinin yönü bıçağın yüzüne dik olmalıdır.
9. Aktif hareket subgingival bölgedeki tüm diştaşları kaldırılıp kök yüzeyi pürüzsüz hale getirilinceye kadar yapılır. Bunun için çalışılan her yüzeye en az 10 küret darbesi uygulanır.

PERİODONTAL CEP DERİNLİĞİ VE ATAŞMAN SEVİYESİ ÖLÇÜMÜ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hasta uygun muayene pozisyonuna konumlandırılır, yapılacak işlem bilgisi verilip ağızını açması istenir ve ışık ayarlanır.
2. Periodontal cep derinliği ve ataşman seviyesinin ölçüleceği bölgede ağız aynası ile dil ve dudak ekarte edilir, Williams periodontal sond ile ölçüm yapılır.
3. Ölçüm esnasında periodontal sond dişin uzun aksına paralel tutulur, fazla kuvvet uygulamaktan kaçınılarak sondun kendi ağırlığınca bir kuvvetle periodontal cep içerisine yerleştirilir.
4. Cep tabanı ile dişeti kenarı arasındaki mesafe sond yardımıyla milimetrik olarak ölçülür ve cep derinliği olarak kaydedilir. Cep tabanı ile mine-sement sınırı arasındaki mesafenin milimetrik ölçümü ise ataşman seviyesi olarak kaydedilir.
5. Cep derinliği ve ataşman seviyesi ölçümleri her dişin 6 bölgesinden mesiobukkal, midbukkal, distobukkal, mesiopalatinal, midpalatinal ve distopalatinal olmak üzere yapılır. Alınan değerler indeks kağıdına milimetre cinsinden yazılarak kaydedilir.

POLİSAJ UYGULAMASI MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Tedavisi yapılacak hasta için kayıt formu temin edilir ve hastanın kimlik bilgileri kaydedilir.
2. Hastaya yapılacak işlem bilgisi verilir ve hasta uygun muayene pozisyonunda konumlandırılır.
3. Önlük/tulum, eldiven, maske, siperlik/ gözlük gibi koruyucu ekipmanlar giyilir.
4. Polisaj sırasında kullanılacak olan mikromotor, anguldruva, ağız aynası, polisaj fırçası ve polisaj patı/ pomza hazırlanarak tabla üzerine yerleştirilir.
5. Ağız içerisinde çalışılacak diş bölgesine göre uygun hasta- hekim pozisyonu ayarlanır.
6. Mikromotor uygun devire ayarlanır ve anguldruvaya polisaj fırçası takılır.
7. Diş yüzeylerine polisaj patı/ pomza sürülür ve mikromotorla düşük devirde polisaj işlemi gerçekleştirilir.
8. Polisaj işlemi sırasında dişlerde ısınmaya sebep olmamak için aynı diş yüzeyinde uzun süre çalışmamaya dikkat edilir.
9. Hastanın ağzını su ile çalkalaması sağlanır.

KAZIYICI (SCALER)/ GRACEY KÜRET KESKİNLİK KONTROLÜ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Aletin keskinlik kontrolünde kullanılacak akrilik çubuğun 1/3'ü pasif elin avuç içine alınır, baş parmak ile çubuk önden desteklenecek şekilde sıkıca tutulur.
2. Alet modifiye kalem tutuşu şeklinde aktif el ile tutulur.
3. Aletin bıçak yüzü ile akril çubuk yüzeyi arasında $90^{\circ} \pm 5^{\circ}$ açı olacak şekilde çalışma pozisyonu verilir.
4. Aktif elin yüzük parmağı ile pasif elin parmaklarından destek alınır.
5. Aletin aktif kenarı akril çubuk üzerinde 1-2 mm boyunca diş yüzeyine benzer şekilde hafif lateral ve çekme kuvveti ile hareket ettirilir.
6. Çekme hareketi ile akril talaşı çıkıp çıkmamasına göre keskinlik değerlendirilmesi yapılır. Alet keskin değilse bileme safhasına geçilir.

KAZIYICI (SCALER) BİLEME TEKNİĞİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Kazıyıcı bıçağının yan yüzleri kırmızı asetat kalem ile boyanır.
2. Sağ eli kullananlar masanın sağ köşesinde, sol eli kullananlar sol köşesinde oturur.
3. Bileme taşı üzerine bir damla bileme yağı damlatılır ve yağ taş üzerine yayılır.
4. Aktif elin baş parmağı ile bileme taşının üst dar yüzeyinden, orta parmak ve yüzük parmağı ile alt dar yüzeyinden ve işaret parmağı ile yan yüzeyinden sıkıca tutulur.
5. Kazıyıcı, pasif elin avuç içi ile parmaklar arasında sıkıca tutulur (parmak-başparmak tutuşu)
6. Pasif el, bilek ve dirsek masanın köşesine konur, elde tutulan aletin boynu masaya dayanır. Bu sırada kazıyıcının bıçak ucu masan uzak tarafa (bileme yapacak kişiye) bakmalıdır.
7. Kazıyıcının bıçak yüzü yere paralel hale getirilir.
8. Bileme taşı aletin kesici kenarına, taşın yağ damlatılan yüzeyi ile kazıyıcının bıçak yüzü arasında 90° açı olacak şekilde temas ettirilir. Bu sırada henüz aktif bileme hareketine başlanmaz.
9. Pozisyon bozulmadan taş ile bıçak yüzü arasındaki açı 110°'den fazla olacak şekilde arttırılır ve taş aletin yan yüzü üzerinde hafifçe yukarı aşağı hareket ettirmeye başlanır.
10. Bu harekete, taşın açısı gittikçe kapatılarak, kazıyıcının bıçak yüzünde metal kırıntılarından dolayı siyah renkli yağ damlacıkları birikene kadar devam edilir.
11. Uygun bileme açısına (100-110°) erişildikten sonra, açığı bozmadan ve kesici kenardan ayırmadan, taş tüm yüzeyi boyunca aşağıya doğru itilir.
12. Alete uygulanan kuvvet bir miktar azaltılarak taş yukarı doğru çekilir.
13. Taşın ve aletin pozisyonu bozulmadan, bu itme-çekme hareketlerine taşın tüm yüzeyi boyunca uzun yol kat edecek şekilde kesici kenarın ucu yönünde kaydırarak devam edilir. Bıçağın yan yüzdeki boyanın tamamen gittiği durumda bıçak yüzü ile taş arasındaki açı doğrudur.
14. Aletin keskinleşip keskinleşmediği 3-4 harekette bir plastik çubuk üzerinde veya kuvvetli ışık altında kontrol edilir.
15. Kazıyıcının diğer kesici kenarını bilemek için alet masa köşesinin diğer tarafına konuşturılır veya aktif ve pasif el değiştirilerek masanın diğer köşesine geçilir ve bileme işlemi tekrarlanır.

SUPRAGINGIVAL DİŞ YÜZEYİ TEMİZLİĞİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ (EL ALETİ)

1. Hangi yarım çenede çalışılacak ise hekim doğru pozisyonda yerini alır ve hastanın başı çalışmaya uygun konuma getirilir.
2. Kazıyıcı modifiye kalem tutuşuna uygun olacak şekilde sap kısmından baş ve işaret parmaklar ile tutulur, orta parmağın yan kenarı ile boyun kısmı desteklenir.
3. Kazıyıcının boşta kalan sap kısmı, baş ve işaret parmaklarının arasında yer alan kurvatüre yaslanır.
4. Kazıyıcıyı tutan elin yüzük parmağı ile temizlenecek dişe en yakın komşu dişin insizali/oklüzalinden destek alınır.
5. Kazıyıcının aktif 1/3'lük uç kısmı supragingival diştâşının en apikaline yerleştirilerek bıçak yüzü ile diş yüzeyi arası $90^{\circ} \pm 5^{\circ}$ lik açı oluşturulur.
6. Açı bozulmadan kazıyıcının kesici kenarı ile diş yüzeyine lateral kuvvet uygulanır.
7. Aktif uca vertikal ya da oblik yönde, dişin koronaline doğru tek yönde çekme kuvveti uygulanır.
8. Anterior bölgede çalışılıyor ise bilek ön kol ile dik açı yapacak şekilde bükülür ve ön kola rotasyon hareketi yaptırılır. Posterior bölgede ise bilek ve ön kol aynı doğrultuda olacak şekilde bileğe bükme hareketi yaptırılır.
9. Çalışılan yüzeyde diştâşı varlığı orak/düz sond yardımı ile kontrol edilerek tüm supragingival diştâşları kaldırılıncaya dek aktif harekete devam edilir.

ULTRASONİK KAZIYICI İLE SUPRAGİNGİVAL DİŞ YÜZEYİ TEMİZLİĞİ MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1. Hastanın hangi yarım çenesinde çalışılacak ise doğru hekim-hasta pozisyonu ayarlanır.
2. Uygun ultrasonik ucu belirlenir, ultrasonik kazıyıcının su ve güç ayarı yapılır.
3. Ultrasonik kazıyıcı modifiye kalem tutuşuna göre tutulur. İşaret ve baş parmak ile aletin sap kısmı kavranır. Orta parmağın yan kısmı bu iki parmaktan mümkün olduğunca uzakta olacak şekilde aletin boyun kısmını destekler.
4. Uygulama sırasında ultrasonik kazıyıcının çalışan kısmı diş yüzeyine paralel bir şekilde yerleştirilir.
5. Ultrasonik kazıyıcının ucu kısa mesafelerde hareket ettirilerek tek bir noktada sabit kalması engellenir.
6. Çalışırken diş taşının en koronalinden başlanır ve apikale doğru ilerlenir.
7. Ultrasonik kazıyıcı ile supragingival diş yüzeyi temizliğini etkin bir şekilde yapar.

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI

ALT VE ÜST AKRİL KAŞIK YAPIMI BECERİ REHBERİ

AMAÇ:

1. Model üzerinde alt ve üst akril kaşık yapabilmek
2. Model üzerinde alt ve üst kaşık değerlendirmesi yapabilmek

BASAMAKLAR

1. Anatomik model alçı motoru ile kesilerek şekillendirme
2. Anatomik model üzerinde protez sınırları kırmızı kalemle çizme
3. Protez sınırlarından 1 mm kısa olan kaşık sınırlarını, modelde sabit kalemle çizme
4. İki tabaka pembe mum, modele homojen şekilde ve kaşık sınırları içinde yerleştirme
5. Mum üzerinde stop bölgeleri (kanin dişler ve birinci molar dişler bölgesinde-4 adet) hazırlama
6. Mum dışında kalan bölgelere izolan madde sürme
7. Soğuk akrilik hamuru ölçeklenerek hazırlama
8. Soğuk akrilik hamurunun uygun kıvama gelmesi
9. Stop bölgeleri, soğuk akrilik hamur parçaları yerleştirilerek doldurma
10. Akrilik hamuru tabaka halinde şekillendirme
11. Tabaka soğuk akrilik hamuru, homojen kalınlıkta pembe mum üzerine yerleştirme
12. Akrilik hamurundan taşanlar, kaşık sınırlarına göre spatülle kesilerek uzaklaştırma
13. Kaşık sapı için bant şeklinde akrilik hamuru hazırlama
14. Kaşık sapı uygun konumda ve şekilde yerleştirme
15. Sertleşmesi tamamlanan akrilik kaşık, modelden uzaklaştırma
16. Akrilik kaşığın doku yüzeyinden pembe mum artıkları spatül yardımıyla temizleme
17. Kaşık sınırları canavar veya möl yardımıyla düzeltme
18. Kaşığın dişli bölgelerine daha büyük çapta veya daha çok sayıda delik açma
19. Kaşığın dişsiz kret bölgelerine daha küçük çapta veya daha az sayıda delik açma
20. Deliklerin aljinatın ayrılmasını önleyecek çapta, konumda ve sayıda olması
21. Hazırlanan deliklerdeki çapaklar (iç ve dış yüzeydeki akrilik çıkıntılar) temizleme
22. Kaşığın dış yüzeyi, sapı ve kenarları pürüzsüz olacak şekilde zımparalama
23. Model üzerinde kalan pembe mum artıkları uzaklaştırma
24. Anatomik model temizleme
25. Fonksiyonel ölçü kaşığı model üzerinde konumlandırma

ALT ÜST AKRİLİK KAİDEYAPIMI BECERİ REHBERİ

AMAÇ:

1. Model üzerinde alt ve üst akrilik kaide yapabilmek.
2. Model üzerinde alt ve üst akrilik kaide değerlendirmesi yapabilmek.

BASAMAKLAR

1. Anatomik model alçı motoru ile kesilerek şekillendirmek
2. Anatomik model üzerinde kaide sınırları kırmızı kalemle çizmek
3. Alt ve üst model üzerinde gerekli olan bölgelere block out yapmak
4. Anatomik model üzerine izolan madde sürmek
5. Soğuk akrilik hamuru ölçeklenerek hazırlamak
6. Soğuk akrilik hamurunun uygun kıvama gelmesi beklemek
7. Akrilik hamuru tabaka halinde şekillendirmek
8. Tabaka soğuk akrilik hamuru, homojen kalınlıkta model üzerine yerleştirmek
9. Akrilik hamurundan taşanları, kaşık sınırlarına göre spatülle kesilerek uzaklaştırmak
10. Sertleşmesi tamamlanan akrilik kaideleri modelden uzaklaştırmak
11. Kaide sınırlarını canavar veya möl yardımıyla düzeltmek.
12. Kaidelerin adaptasyonunu kontrol etmek
13. Vestibülde fonksiyonel sınırların kontrolünü yapmak
14. Üst çene modelinde tüberleri ve hamular çentiğinin uzunluğunu kontrol etmek
15. Alt çene modelinde retromolar kabartıyı ve retromylohyoid boşluğa uzamasını kontrol etmek.
16. Kaidenin dış yüzeyi ve kenarlarını pürüzsüz olacak şekilde zımparalayarak kenarları yuvarlatılmış ve düzgün hale getirmek.
17. Anatomik modelin alçısının aşındırılmamış olmasını kontrol etmek

MUM DUVAR YAPIMI BECERİ REHBERİ

AMAÇ:

1. Model üzerinde alt ve üst mum duvar yapabilmek.
2. Model üzerinde alt ve üst mum duvar değerlendirmesi yapabilmek.

BASAMAKLAR

1. Tabaka halindeki pembe mumun ısıtıldıktan sonra katlanması.
2. Mum duvarı kaide plağına tutturmak.
3. Mum duvarı boyutlarına uygun hale getirmek
4. Mum duvarın kreterin üzerine yerleştirmek.
5. Mum duvarı okluzalden bakıldığında simetrik konuma getirmek.
6. Mum duvarı okluzal yüzden bakıldığında üst ön mum duvarın vestibül yüzü ile insizal papilin tepe noktası arasında mesafenin 8-10 mm olacak konuma getirmek.
7. Mum duvarı okluzal yüzden bakıldığında mum duvarın genişliğini molar bölgesinde 8-10 mm, premolar bölgesinde 4-5mm, kesici dişler bölgesinde 2-3 mm olacak şekilde düzenlemek
8. Mum duvara önden, kapanış düzleminin biraz üzerinden ve arkadan bakıldığında mum duvarı sağ e solda eşit yükseklikte hazırlamak
9. Mum duvara yandan bakıldığında üst ön mum duvarın vestibül yüzü kaide plağının devamı şeklinde hazırlamak.
10. Mum duvarı düz bir yüzeye oturtulduğunda tamamen temas eder şekilde hazırlamak.
11. Alt ve üst mum duvarlar kapatıldığında orta çizgiler aynı hizada, yandan bakıldığında mum duvarlar arasında aralık olmayacak, üst ön mum duvar alt mum duvarın 1-2 mm önünde hazırlamak

TOTAL PROTEZLERDE ANTERİOR DİŞ DİZİMİ BECERİ REHBERİ

AMAÇ:

1. Model üzerinde anterior diş dizimi yapabilmek.
2. Model üzerinde anterior diş dizimi değerlendirmesi yapabilmek.

BASAMAKLAR

1. Karşıdan bakıldığında, alt ve üst çenede, santral dişlerin birleşim çizgisi orta çizgi üzerinde hazırlamak
2. Labialden üst ön dişlerin eksenlerine bakıldığında gerekli eğimleri vermek.
3. Yandan bakıldığında üst ön dişlerin eksenlerine bakıldığında, santral 5° dudağa devrik, lateral 0° (kolesi içerde), kanin 0°-2° palatinal eğimli olarak dizmek
4. Okluzalden üst ön dişlere bakıldığında, insizal kenarlar kretlerle uyumlu simetrik olarak dizmek
5. Cam düzlemine üst santral ve kanin temas ederken, lateral 0.5 mm kısa, aynı anda mum duvarların okluzal yüzü tablaya ön dişlerle birlikte temas edecek şekilde düzenlemek.
6. Labialden alt ön dişlerin eksenlerine bakıldığında, santral çok az dudağa devrik, lateral 0° veya kesici kenarı ligulae devrik olarak dizmek.
7. Okluzalden alt ön dişlere bakıldığında, insizal kenarlar kretlerle uyumlu yay çizecek şekilde dizmek
8. Yandan bakıldığında alt ve üst ön dişler kretlerin tepesine oturacak ve eksenleri kret doğrultusunda, kretlerin uzantısı olacak şekilde dizmek.
9. Karşıdan bakıldığında üst dişler alt kesici dişleri 1mm örtecek şekilde dizmek

TOTAL PROTEZLERDE POSTERİOR DİŞ DİZİMİ BECERİ REHBERİ

AMAÇ:

1. Model üzerinde posterior diş dizimi yapabilmek.
2. Model üzerinde posterior diş dizimi değerlendirmesi yapabilmek.

BASAMAKLAR

1. Alt üst dişler kretlerden aşırı yükseğe dızmemek ve kapanış düzlemini her iki çeneye eşit uzaklıkta dızmek.
2. Cam levhaya 1. premoların her iki, 2. premoların bukkali 1. moların mezyopalatinal tüberkülü temas eder şekilde, 2. molar temas etmeyecek şekilde dızmek
- 3.Kapanış düzlemi hizasından bakıldığında azı dişlerinin palatinal tüberküllerini görünür şekilde dızmek.
4. Bukkalden bakıldığında, üst premolar ve molar dişlerin eksenleri ciezynski noktasında birleşircesine hafifçe birbirine devrik dızmek
5. Arkadan bakıldığında, premolar ve molar dişleri kretlerin devamı şeklinde dızmek.
6. Artikülatör 0.5 cm açılıp tam önden kapanış düzlemi hizasından bakıldığında sağ ve sol çiğneyici dişlerin okluzal yüzeylelerinin eğimini simetrik olarak dızmek.
7. Artikülatör kapalı iken linguladen bakıldığında palatinal tüberkülleri kenetleyecek şekilde dızim yapmak
8. Artikülatör kapalı iken vestibül ve bukkal yönden bakıldığında dişlerin okluzal temaslarını sağlamak.
9. Okluzalden bakıldığında diş dizileri kret üzerine konumlanmış, sağ ve sol taraftaki dişleri simetrik olarak dızmek.

TOTAL PROTEZLERİN TESLİMİ BECERİ REHBERİ

AMAÇ:

1. Model üzerinde posterior diş dizimi yapabilmek.
2. Model üzerinde posterior diş dizimi değerlendirmesi yapabilmek.

BASAMAKLAR

1. Akril tepimi yapılmış olan total protezin mufladan uzaklaştırmak
2. Mufaladan çıkarılmış total protezlerde pörözite kontrolü yapmak.
3. Yüzeylerde ve kölelerde alçı kalıntılarını uzaklaştırmak.
4. Kölelerde gıda artıklarının ve bakterilerin birikebileceği girintileri kaldırmak.
5. Gözle ve parmakla kontrol edildiğinde doku yüzeyinde akril boncukların ve sivri çıkıntıların uzaklaştırılması.
6. Protez ışığa doğru kaldırılıp cilalı yüzeylerde yandan ve karşıdan bakıldığında, girinti, çukur, çizik varsa tesviye ve cila işlemini tekrarlamak
7. Hatalı ve aşırı cilalama işlemleri sonucunda protez yüzeylerinde oluşabilecek hataları kontrol etmek.

HAREKETLİ BÖLÜMLÜ PROTEZLERDE KROŞE BÜKÜMÜ BECERİ REHBERİ

AMAÇ:

1. Model üzerinde kroşe bükümü yapabilmek.
2. Model üzerinde kroşe bükümünün değerlendirmesini yapabilmek.

BASAMAKLAR

1. Kroşe bükümünde kullanılacak tel tiplerini ve kroşe penslerini ayırt edebilmek
2. Model üzerinde farklı kroşe tiplerinin izleyeceği hattı modele kurşun kalemle çizebilmek
3. Kroşe bükümü esnasında doğru konumdan büküm yapabilmek için teli asetat kalemiyle işaretleyebilmek
4. Kroşe bükümü esnasında büküm yaptıktan sonra teli model üzerine yerleştirerek bükülen kısmı kontrol edebilmek.
5. Kroşe bükümünü tamamladıktan sonra kroşeyi modele adapte edebilmek
6. Bükülen kroşenin fazla kısımlarını pens yardımıyla keserek boyunun ayarlanması
7. Kroşenin varsa sivri kenarlarının taş frez yardımıyla düzenlenmesi
8. Kroşenin modele adapte edildikten sonra sabitlenmesi için kuyruk kısmına bir parça pembe mum konulması
9. Kroşe modele sabitlendikten sonra yanlış hat üzerinde bükülmüş veya kısa kalmış kroşelerin hatalarının kontrol edilmesi

HAREKETLİ BÖLÜMLÜ PROTEZLERDE DİŞ DİZİMİ BECERİ REHBERİ

AMAÇ:

1. Model üzerinde diş dizimi yapabilmek.
2. Model üzerinde diş dizimi değerlendirmesi yapabilmek.

BASAMAKLAR

1. Model üzerinde eksik dişleri ve diş dizilmesi gereken alanları belirlemek.
2. Diş dizimi esnasında hareketli bölümlü protezin kroşelerini örtmeyecek şekilde diş dizimini ve modelajını yapmak
3. Eksik dişleri kremlerden aşırı yükseğe dızmemek ve kapanış düzlemini her iki çeneye eşit uzaklıkta oluşturmak.
4. Eksik olan dişlere ve diş dizimine bakıldığında, anterior dişlerin insizal kenarlarının kremlerle ve mevcut dişlerle uyumlu bir şekilde dizilmesi
5. Modele bakıldığında, premolar ve molar dişleri kremlerin ve mevcut dişlerin devamı şeklinde dızmek.
6. Artikülatör kapalı iken vestibül ve bukkal yönden bakıldığında dişlerin okluzal temaslarını sağlamak.
7. Okluzalden bakıldığında diş dizileri krem üzerine konumlanmış, sağ ve sol taraftaki dişleri mevcut dişlere göre simetrik olarak dızmek.
8. Ön bölgede ortalama 1-2mm'lik Vertikal ve Horizontal Overlap'ın sağlanması
9. Diş dizimi tamamlandıktan sonra artikülatör üzerinde dizimin kontrol edilerek var olabilecek mevcut hataların gösterilmesi

HAREKETLİ BÖLÜMLÜ PROTEZİN TESLİMİ BECERİ REHBERİ

AMAÇ:

1. Model üzerinde hareketli bölümlü protez teslimi yapabilmek.
2. Model üzerinde hareketli bölümlü protez teslim değerlendirmesi yapabilmek.

BASAMAKLAR

1. Protez kaidesinin uyumunu değerlendirmek ve gerekli ise düzeltmeleri sağlamak
2. Diş dizimi ile sağlanan oklüzyonun kontrol edilmesi ve gerekli ise uyumlanması
3. Kroşelerin kontrol edilmesi ve protezin giriş yoluna göre uyumlandırılması.
4. Mufladan çıkarılmış protezlerde porözite kontrolü yaparak yüzeylerde ve kolelerde alçı ve akrilik kalıntılarını uzaklaştırmak
5. Gözle ve parmakla kontrol edildiğinde doku yüzeyinde akril boncukların ve sivri çıkıntıların düzenlenmesi.
6. Protez ışığa doğru kaldırılıp cilalı yüzeylerde yandan ve karşıdan bakıldığında, girinti, çukur, çizik varsa tesviye ve cila işlemini tekrarlamak
7. Hatalı ve aşırı cilalama işlemleri sonucunda protez yüzeylerinde oluşabilecek hataları kontrol etmek.
8. Protezin model üzerinde ana bağlayıcı, minör bağlayıcı ve tırnak gibi elemanlarının uyumunu kontrol edebilmek ve gerekli ise uyumlandırmak
9. Protezin model üzerinde kontrolü esnasında uyumunu bozan ana bağlayıcı, minör bağlayıcı veya tırnak gibi bir elemanı var ise bunu gösterebilmek

DİŞ KESİMİ BECERİ REHBERİ

AMAÇ:

1. Model üzerinde diş kesimi yapabilmek.
2. Model üzerinde diş kesimi değerlendirmesi yapabilmek.

BASAMAKLAR

1. Diş kesimi esnasında kullanılacak olan frezlerin tiplerinin ayırt edilmesi ve gerekli aşamada uygun frezin tercih edilebilmesi
2. Diş kesimi için dişin insizal/oklüzal bölgesinde 1-1.5mm kesim yapılarak kesilen kısımların kurşun kalemle işaretlenmesi
3. Dişin aksına dik bir şekilde bukkal bölgeden 3 adet 1-1.5mm basamak oluşturularak kurşun kalemle işaretlenmesi
4. Açılan olukların birleştirilmesi ve sonrasında aproksimal bölgede kesim yapılırken komşu dişlere zarar verilmeden kesim yapılması.
5. Dişin lingual/palatinal kısmının da kesilmesi ve anterior dişlerde singulumun oluşturulması.
6. Diş kesimi kabaca tamamlandıktan sonra, daha küçük gren boyutuna sahip frezlerle kesimin düzeltilmesi.
7. Diş kesimi tamamlandıktan sonra kesimin kontrol edilmesi, gerekli bölgelerde gerekli miktarda diş dokusu kaldırıldığına bakılması
8. Fazla miktarda diş kesimi ile pulpa dokusuna zarar verilmesi durumunda neler olabileceğinin bilinmesi
9. Diş kesim prensiplerine uygun bir biçimde kesim yapıldığından emin olunarak, mevcut hataların söylenebilmesi

GEÇİCİ RESTORASYON BECERİ REHBERİ

AMAÇ:

1. Model üzerinde geçici restorasyon yapabilmek.
2. Model üzerinde geçici restorasyon değerlendirmesi yapabilmek.

BASAMAKLAR

1. Diş kesimi tamamlanan modelden irrevesibl hidrokolloid ölçü maddesi ile ölçü almak.
2. Ölçünün içine alçı dökerek model elde etmek
3. Elde edilen modeli alçı motorunda şekillendirmek
4. İlgili dişlere izolan madde sürmek.
5. Geçici akriliğini uygun oranlarda karıştırmak.
6. Akrili dişler üzerinde yerleştirdikten sonra fazlalıkları spatül yardımı ile düzenlemek.
7. Polimerizasyon tamamlandıktan sonra akriliği modelden uzaklaştırmak.
8. Elde edilen geçici restorasyonda tesviye ve cilayı tamamlamak.
9. Geçici restorasyonun kole uyumunu model üzerinde kontrol etmek
10. Geçici restorasyonun dişle uyumunu model üzerinde kontrol etmek.

HAREKETLİ PROTEZLERDE KIRIK TAMİRİ BECERİ REHBERİ

AMAÇ:

1. Model üzerinde kırık tamiri yapabilmek.
2. Model üzerinde kırık tamirinin değerlendirmesini yapabilmek.

BASAMAKLAR

1. Kırık hattının belirlenerek protezin tamir için uygun olup olmadığına karar verebilmek
2. Kırık hattının elde birleştirilerek sabitlenmesi ve alçı dökülerek alçı model elde edilmesi
3. Elde edilen modelin kontrol edilerek alçı motorunda şekillendirilmesi
4. Protezin kırık parçasının kontrolünün sağlanarak piyasamen ve hard frez yardımıyla tamir materyali için yer açılması
5. Protez tamirinde kullanılacak akrilik materyalin talimatlarına uygun bir şekilde spatül ile karıştırılması
6. Akrilik materyali liflenme aşamasına geldiğinde model üzerinde birleştirilen protezin kırık hattına uygulanması
7. Tamir materyalinin polimerizasyonunun tamamlanması ve protezin modelden uzaklaştırılması
8. Tamir edilmiş olan protezin üzerindeki tamir materyalinin fazlalıklarının uzaklaştırılması
9. Protezin cilalanması ve tesviye edilmesi gereken yüzeylerinin uygun frezler yardımıyla cilalanarak kontrol edilmesi
10. Protezin model ile uyumunun alçı model üzerinde kontrol edilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
3. SINIF MESLEKİ BECERİ REHBERİ

1) DİŞ PREPARASYONU

POSTERİOR DİŞ PREPARASYONU
UYGULAMA AŞAMALARI

1. Kesim için gerekli araç-gereç ve malzemeleri hazırlar.
2. Eldiven, maske ve koruyucu gözlük takar.
3. Baş pozisyonunu ayarlar.
4. Dişe anestezi uygular.
5. Arayüz komşularını çelik matris ile koruma altına alır.
6. Bukkal yüz servikal bölüm derinlik rehber oluklarını keser. (2 adet, torpido frez, dikey yönde, frezin ucu serbest dişeti kenarından 0.25 mm yukarıda kalacak şekilde, 0.5 mm derinlikte)
7. Bukkal yüz oklüzal bölüm derinlik rehber oluklarını keser. (Frezi eğimlendirerek aynı oluklar bukkal tüberkül kenar sırtına kadar devam ettirilecek.)
8. Bukkal yüzü keser. (Derinlik rehber oluklarının arasında kalan kısımlar kesilecek, bukkal yüz servikal ve oklüzal bölümlere ayrılacak.)
9. Oral yüz derinlik rehber oluklarını keser. (Torpido frez ile, dikey yönde, frezin ucu serbest dişeti kenarından 0.25 mm yukarıda kalacak şekilde, 0.5 mm derinlikte 2 adet)
10. Oral yüz rehber olukları dışında kalan bölümleri keser. (Rehber oluklarla aynı derinlikte, torpido frez ile, bukkal yüz servikal bölümü ile 4-6 ° oklüzal yaklaşım açısı oluşturulacak.)
11. Arayüz değişimlerini keser. (Konik frez ile, dişeti papilini koruyarak, mezyal ve distal arayüz değişimleri kaldırılacak.)
12. Arayüzleri keser. (Torpido frez ile, dişeti papilini koruyarak mezyal ve distal arayüzler arasında 4-6° oklüzal yaklaşım açısı oluşturulacak.)
13. Oklüzal yüz derinlik rehber oluklarını keser. (Torpido ve silindirik frez ile, tüberkül anatomisini izleyerek)
14. Oklüzal yüzü keser. (Derinlik rehber olukları dışında kalan bölümlerin rehber oluklar ile aynı derinlikte, tüberkül anatomisini koruyarak, silindirik ya da fıçı frez ile kesilmesi)
15. Bukkal ve oral yüz oklüzal bölüm eğimlerini oklüzyona uyumlandırır.
16. Servikal sonlanma geometrisini tamamlar. (Dişeti kenarı düzeyinde chamfer oluşturulacak.)
17. Bitirme yapar. (Hem labial hem de proksimal yönden 4-6° insizal yaklaşım açısı oluşturulacak, komşu dişlerle dengeli aralıklar sağlanacak, geçiş çizgileri, kenar ve köşeler yuvarlatılacak, frez izleri giderilecek 'sarı ya da turuncu kuşaklı bitirme frezi ile')

ANTERİÖR DİŞ PREPARASYONU UYGULAMA AŞAMALARI

1. Kesim için gerekli araç-gereç ve malzemeleri hazırlar.
2. Eldiven, maske ve koruyucu gözlük takar.
3. Baş pozisyonunu ayarlar.
4. Dişe anestezi uygular.
5. Arayüz komşularını çelik matris ile koruma altına alır.
6. Labial yüz servikal bölüm derinlik rehber oluklarını keser. (2 adet, torpido frez, dikey yönde, frezin ucu serbest dişeti kenarından 0.25 mm yukarıda kalacak şekilde, 1 mm derinlikte)
7. Labial yüz insizal bölüm derinlik rehber oluklarını ve kesici kenar derinlik rehber oluklarını keser. (Frezi linguale eğimlendirerek aynı oluklar kesici kenara kadar devam ettirilecek, 2 mm insizale aktarılacak.)
8. Labial yüzü keser. (Derinlik rehber oluklarının arasında kalan kısımlar kesilecek, labial yüz servikal ve insizal bölümlere ayrılacak.)
9. Oral yüz derinlik rehber oluklarını keser. (Torpido frez ile, dikey yönde, frezin ucu serbest dişeti kenarından 0.25 mm yukarıda kalacak şekilde, 0.5 mm derinlikte 2 adet)
10. Arayüz değişimlerini keser. (Konik frez ile, dişeti papilini koruyarak, mezyal ve distal arayüz değişimleri kaldırılacak.)
11. Arayüzleri keser. (Torpido frez ile, dişeti papilini koruyarak mezyal ve distal arayüzler arasında 4-6° oklüzal yaklaşım açısı oluşturulacak.)
12. Kesici kenarı keser. (Aynı frezi labial yüze 45° açı ile tutarak, derinlik rehber olukları arasında kalın bölgeler kesilecek.)
13. Singulum altı bölgeyi keser. (Aynı frez labial yüze paralel tutularak mezyal ve distal arayüz kesimleri singulum altında buluşturulacak. Singulum anatomisi kaybolmayacak. Labial yüz servikal bölge ile singulum altı arasında 4-6° insizal yaklaşım açısı oluşturulacak.)
14. Singulum üzeri bölgesini keser. (Küresel ya da lobut frez kullanılacak, singulum anatomisi kaybolmayacak.)
15. Servikal sonlanma geometrisinin
17. Bitirme yapar. (Hem labial hem de proksimal yönden 4-6° insizal yaklaşım açısı oluşturulacak, komşu dişlerle dengeli aralıklar sağlanacak, geçiş çizgileri, kenar ve köşeler yuvarlatılacak, frez izleri giderilecek 'sarı ya da turuncu kuşaklı bitirme frezi ile')

2) SİLİKON ELASTOMER ÖLÇÜ MADDESİ İLE ISLATMA “WASH” ÖLÇÜ

UYGULAMA AŞAMALARI

1. Ölçü için gerekli araç-gereç ve malzemeyi ayarlar.
2. Baş pozisyonunu ayarlar.
3. Kaşığın çeneye uygunluğunu dener.
4. Birinci ölçü putty malzemesini ve katalizörünü uygun oranda alır.
5. Putty’i homojen bir hamur halinde yoğurur.
6. Hamuru kaba bir silindir şeklinde yuvarlar ve silindiri kaşığa yerleştirir.
7. Kaşığı ağıza yerleştirir.
8. Putty sertleştikten sonra ağızdan çıkarır.
9. Ölçüyü kontrol eder.
10. Dayanak dişlere ait boşlukları bisturi ile genişletir.
11. Kaşığın oturmasını güçleştirebilecek dışarısı ya da gövde altı ölçü maddesi çıkıntılarını bisturi ile keser.
12. Ölçüyü temizler ve kurutur.
13. İkinci ölçü wash malzemesini ve katalizörünü uygun miktar ve oranda karıştırma kağıdı üzerine alır.
14. Wash malzemesini homojen bir kitle halinde karıştırır ve hava boşluğu kalmayacak şekilde putty içindeki boşluğa yerleştirir.
15. Kaşığı ağıza yerleştirir.
16. İkinci ölçü sertleştikten sonra kaşığı ağızdan çıkarır ve ölçüyü kontrol eder.

3) DİREKT METOD İLE GÜDÜKLÜ ÇALIŞMA MODELİ HAZIRLAMA

UYGULAMA AŞAMALARI

1. Ölçüyü kontrol eder, yıkar, kurutur.
2. Gүdük çivilerini konumlandırır.
3. Birinci kademe alçısını, basamak düzeyini 8-10 mm geçecek kadar döker ve retantif elemanları yerleştirir.
4. Çivi çevresini lak ile yalıtır ve çivi ucuna mum boncuk yapıştırır.
5. Ölçüyü mum ile kutular.
6. İkinci kademe alçısını mum boncukları örtecek kadar döker.
7. Sertleşen modeli zarar görmeksizin ölçüden ayırır.
8. Model tabanını alçı motoru ile, mum boncuklar görünene dek keser ve çivi uçlarını açığa çıkarır.
9. Gүdükleri, arayüz hizasından ikinci kademe alçısına dek keser ve çivi uçlarını iterek ana modelden ayırır.
10. Servikal sonlanma sınırlarını kırmızı kalemle işaretler.
11. Yalancı kök bölümünü, basamak köşesinden daha çıkıntılı hiçbir yer kalmayacak şekilde çepeçevre içbükeyleştirir.
12. Basamağa 1 mm’ den fazla yaklaşmayacak şekilde die-spacer sürer.

4) KRON-KÖPRÜ MODELAJI

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Basamak çevresini 1 mm açık bırakacak şekilde die-spacer sürer.
2. Servikal sonlanmayı kırmızı kalemle işaretler.
3. Gündüğü yalıtır.
4. Sarma yöntemi ile mavi mumu güdük üzerine sıkıca sarar.
5. Sert kırmızı servikal mum ile servikal sonlanmayı biçimlendirir.
6. Damlatma yöntemiyle mavi mum kullanarak tüm yüzleri mumlar.
7. Palatinal yüzü biçimlendirir ve ekvatorları oluşturur.
8. Oklüzal yüzü biçimlendirir ve yan hareketleri kontrol eder.
9. Gövde altını dışbükey biçimlendirir.
10. Gövde altını kret vestibülüne tek noktadan temas ettirir.
11. Arayüz değişimlerini ve embraşür boşluklarını oluşturur.

5) DÖKÜM KANALLARININ BAĞLANMASI VE MANŞETE ALMA

UYGULAMA AŞAMALARI

1. Kanal mumunu seçer- hazırlar.
2. Kanal mumunun ucundan 2 mm geride tam küresel ve düzgün rezervuar yapar.
3. Kanal mumunu, örneğin en kalın yerine ya da en yüksek tüberkül tepesine, oklüzal düzlem ile 45 ° açı yapacak şekilde birleştirir.
4. Kanal mumundan tutarak örneği çalışma modelinden ayırır.
5. Gerekliyse ana rezervuar bar, hava kaçış kanalı yapılır.
6. Rezervuardan sonra yaklaşık 10-12 mm bırakılan kanal mumunu, döküm konisi şablonunun tepesine yapıştırır.
7. 10 dk suda bekleterek mumun içsel gerilimlerini giderir.
8. Deterjanlı suda bekleterek mumun ıslatılabilirliğini artırır.
9. Manşeti koni şablonuna mum ile yapıştırır.
10. Revetman tozu ve sıvısını ölçek ile bol' e alarak karıştırır.
11. Fırça ile revetman çekirdek yapar.
12. Vibratör üzerinde, revetmanı küçük parçalar halinde manşetin kenarından akıtır ve revetman düzeyinin tabandan yukarı doğru yükselmesini sağlar.
13. Mum örnek düzeyine yükselen revetmanın, örneğin içini doldurup doldurmadığını gözle kontrol eder.

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI

TOTAL VE HAREKETLİ BÖLÜMLÜ PROTEZ BECERİ REHBERİ

AMAÇ:

1. Hastanın dişsizliğinin total ya da hareketli bölümlü protez ile rehabilitasyonu
2. Anamnez doğrultusunda protez endikasyonu belirleyebilmek

BASAMAKLAR

1. El hijyenini sağlamak ve koruyucu tedbirleri almak
2. Dişlerde kanal tedavisi, mobilite varlığını tespit etmek
3. Dişsiz bölge uzunluğunu ve lokasyonunu incelemek
4. Protez için kreterler arası mesafenin yeterliliğini incelemek
5. Kreterlerdeki rezorpsiyon miktarlarını incelemek
6. Ağızda protezin takılıp çıkarılmasında engelleyici dokuları incelemek
7. Anatomik ölçü almak için ağza uygun boyutta ve tipte standart metal kaşık seçmek
8. Anatomik ölçüde hava kabarcığı ve eksiklik olmamasını sağlamak
9. Anatomik ölçünün ağızdaki tüm yumuşak doku sınırlarını yansıtmalarını temin etmek
10. Anatomik ölçü maddesinin kaşıktan ayrılmamış olmasını sağlamak
11. Anatomik ölçüyü güzelce yıkarak tükürükten arındırmak
12. Preprotetik teşhis modellerini, beyaz alçıdan dökerek hava kabarcıksız hazırlamak
13. Teşhis modellerini düzgünce alçı motorunda tıraşlamak
14. Teşhis modellerini dişleri ve tüm çevre dokuları gösterecek şekilde hazırlamak
15. Teşhis modelleri üzerinde varsa kapanışın ve dişlerin pozisyonlarını incelenmek
16. Bireysel kaşık hazırlarken beyaz alçıdan elde edilen model üzerinde homojen kalınlıkta akrilik kaşık yapımı
17. Bireysel kaşıkta uygun yerlere ve yeterli sayıda stopper yapmak
18. Bireysel kaşık sınırlarını yumuşak doku sınırlarından 2 mm kısa olacak şekilde hazırlamak
19. Bireysel kaşıkla fizyolojik ölçü alımı sırasında aljınatın uygun kıvamda hazırlamak
20. Fizyolojik ölçüde hava kabarcığı ve eksiklik bırakmamak
21. Fizyolojik ölçünün ağızda oturduğu alanı tümüyle yansıtmalarını sağlamak
22. Fizyolojik ölçü maddesini bireysel kaşıktan ayırmamak
23. Fizyolojik ölçüyü güzelce yıkayarak tükürükten arındırmak
24. Fizyolojik ölçüye sert alçı dökülerek hava kabarcıksız olarak ana modelleri hazırlamak

25. Modelleri düzgünce alçı motorunda tıraşlamak
26. Modelleri, dişleri ve tüm çevre dokuları gösterecek şekilde hazırlamak
27. Hareketli bölümlü protezler için hasta bilgileriyle birlikte hasta modellerini laboratuvara göndermek (kapanış varsa kapanış mumuyla birlikte)
28. Tam protezler için kapanış için gerekli akrilik kaideyi hazırlamak
29. Hazırlanan kaide plakları ya da laboratuvardan gönderilen metal iskeletleri ağızda denemek
30. Mum duvarları hazırlamak ve uygun dikey boyutu tespit etmek
31. Sentrik ilişkiyi tespit etmek
32. Alt-üst mum duvarları ağızda sabitleyip birbirinden ayrılmadan ağızdan çıkarmak
33. Alt üst modelleri, alınan kapanışa göre artikülatöre almak
34. Artikülatördeki modellerin üzerine diş dizimi yapmak
35. Dikey boyut ve sentrik ilişkinin kontrolünü yapmak
36. Dişleri alt çenede tam kret üzerinde dizmek
37. Alt üst posterior dişleri birbirleriyle güzelce kapanışa getirmek
38. Üst anterior dişlerin estetik kurallar dahilinde fonksiyon ve fonasyonu bozmamasını sağlamak
39. Tüm dişleri, dizim kurallarına uygun pozisyon ve açıda dizmek
40. Bitmiş hareketli protezin hasta ağzına giriş ve çıkışının kontrolünü yapmak ve engelleyici kısımları gidermek
41. Hareketli protezin oklüzyonunu kontrol etmek ve selektif mölleme yapmak
42. Hareketli protezin, hastanın ağız içinde vuruk yerlerinin tespiti ve protezi buna uygun olarak kısaltmak
43. Hareketli proteze besleme yapılması gereken durumlarda protezin içinin 3 mm kadar her yerinden homojen olarak alınmasını sağlamak
44. Besleme ölçüsü alınırken; hasta oklüzyona getirilerek akıcı kıvamlı silikon ölçü maddesi ile yeniden ölçü almak
45. Hareketli protezlerde diş veya kroşe ilavesi için ölçü alma gerekliliği olup olmadığının tespit etmek
46. Gerekli durumlarda protezin üzerinden ölçü alınıp diş ilavesi veya kroşe tamirini yapmak

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ ve ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI
MESLEKİ BECERİ REHBERLERİ
ALVEOLİT (DRY SOKET) TEDAVİSİ

1. Hasta ünite oturtulur; medikal ve dental anamnezi alınır.
2. Hasta önlüğü bağlanır, suction aspiratöre yerleştirilir ve temas edilecek ünit bölümleri alimünyum folyo veya streç film ile kaplanır.
3. Alveolitis tedavisi için malzemeler (muayene takımı, 5cc enjektör, serum fizyolojik ve batikon dolu bardak, küçük bir parça dren, ojenol likiti ve furacin) steril bir küvete hazırlanır.
4. Çekim soketi serum fizyolojik ve batikon karışımı ile irrigé edilir.
5. Küçük bir dren parçası ojenol ve gerekli ise furacin pomad ile birlikte sokete yerleştirilir.
6. Hasta tekrar pansuman yapılması için çağırılır.
7. Hastaya anti-inflamatuvar reçete edilir.

MALPOZE DİŞLERİN ÇEKİMİ (ALT VE ÜST ÇENE)

- 1) Hasta işlem ile ilgili bilgilendirilip aydınlatılmış onamı alınır.
- 2) Hasta koltuğa oturtulur ve hasta önlüğü örtülür.
- 3) Hasta uygun çekim pozisyonuna getirilir. Maksillada koltuk 60 derece eğimlendirilir. Mandibulada koltuk dik konumlandırılır.
- 4) Hasta ve hekim pozisyonu ayarlanır.
Maksillada hastanın önünde mandibulada sol alt çenede hastanın önünde sağ alt çenede hastanın arkasında yer alınır.
- 5) Çekilecek olan dişin duyusunu alan sinir için ilgili bölgeye gerekli lokal anestezi yapılır.
- 6) Anestezi kontrolü presel ile yapıldıktan sonra kapalı çekime başlanır.
Alveolar kemik elevatör ile genişletilir ve diş dekole edilir.
Davye ile apikalden diş tutulur bukkal,palatinal yönler lüksasyon yapılır.
Lüksasyonun ardından rotasyon ile traksiyon yapılarak çekim tamamlanır.
- 7) Soket küretajı ve sinüs muayenesi gerekli ise yapılır.
- 8) Hastaya spanç ısırtılarak gerekli post-op öneriler verilir.

PALATİNUS MAJUS ANESTEZİSİ

1. Eller en az 30sn su ve sabunla yıkanır, eldiven giyilir.
2. Ampülü bir spanç ile veya enjektörün ambalajıyla tutarak belirlenen noktadan kırılır.
3.Ampülün içindeki anestezi madde enjektöre çekilir.Enjektörün iğnesini takılır.
4.Enjektörün içinde kalan hava için enjektöre hafifçe vurulur hava kabarcıklarını üst bölüme taşınır,
Piston hafif itilerek kalan hava boşaltılır.
5. Foramen Palatinus majus, processus alveolaris ile sert damak kemiğinin birleştiği yerde, son molar dişin distal kenarı hizasında ve dişin kolesine yaklaşık 1 cm. uzaklıktadır. Dişsiz ağızlarda bu mesafe bir miktar azalabilir.
6.Ağız içinden bakıldığında bu noktada hafif bir çukurluk görülür. Anestezi, foramenin hemen önüne yapılır.
7.Uygulama karşı ağız köşesinden kemik yüzeyine dik olacak şekilde girilir ve tanımlanan noktaya anestezi yapılır.
8.Depolanan solüsyon palatal mukozada küçük bir iskemi oluşturacak ve rejonel anesteziyi sağlayacaktır.
9. Tek tarafta birinci premolar bölgeye kadar palatal anestezi oluşacaktır.
10. İşleminiz bittikten sonra, iğne kapalı halde delici kesici enfekte atık kutusuna, kullanılan enjektör, malzemeler ve eldivenler tıbbi atık kutusuna atılır.

TME MUAYENESİ

1. Eller en az 30sn su ve sabunla yıkanır ve eldiven giyilir
2. Hasta dental ünite dik bir şekilde oturtulur.
3. Anamnez alınır: Hastanın asıl şikâyeti nedir? Semptomların başlangıç süresi ve özellikleri nelerdir? Ağrının lokasyonu, karakteri, ağrıyı başlatıcı nedenler saptanmalıdır. Hastada sırt, omuz ağrısı var mı? Hastanın geçmişi, yapılan tedaviler sorulmalı ve bu konuşma sırasında hastanın psikolojik durumu hakkında da bir karar verilmelidir.
4. Hastanın parafonksiyonel alışkanlıkları sorgulanır (gece diş sıkma, dudak emme, tırnak yeme v.b)
5. Yüzde asimetri olup olmadığı kontrol edilir.
6. Direkt palpasyon: Palpasyon genel olarak iki taraflı yapılmalıdır. Orta parmaklar palpe edilecek bölgeye konulmalı işaret ve yüzük parmakları o noktanın çevresinde olmalıdır. Palpasyonda uygulanacak kuvvet kontrol edilmeli şiddetli olmamalıdır. Hastanın ağzını açıp kapaması söylenir. Bu muayenede her iki eklemde ağrı ya da hassasiyet varlığı, kondil hareketlerinde düzensizlik olup olmadığı ve hareket sırasında ses oluşup oluşmadığı kontrol edilir.
7. Hastaya dişlerini sıkması söylenerek, masseter kasında hassasiyet veya hipertrofi olup olmadığı baş ve işaret parmağı ile kontrol edilir.
8. Temporal, sternocleidomastoid, trapezius, lateral ve medial pterygoid kaslarda hassasiyet olup olmadığı kontrol edilir.
9. Hastanın intraoral muayenesinde okluzyon(prematür temaslar, diş eksiklikleri, yarı retansiyonlu veya malpoze 20 yaş dişleri, deep bite, okluzal uyumu bozulmuş restorasyonlar vb), yanaklardaki ısırma belirtileri kontrol edilir.
10. Alt çene hareketlerinin incelenmesi: Ağız açma hareketi düzgün ve ağrısız mı, deviasyon var mı? Maksimum ağız açıklığında keserler arası mesafe ölçülür (normal değer 40-55mm arasındadır). Kapama hareketi izlenir, deviasyon var mı? Maksimum diş teması olduğunda dişlerde hassasiyet oluyor mu? Lateral hareketlerde simetri olup olmadığına, erken temaslara bakılır.
11. Ortopantomograf ve TME grafisi incelenir.
12. Muayene sonrası konulan teşhis ile ilgili hastaya bilgi verilir ve tedavi düzenlenir.

DİŞ ÇEKİMİ

1. Hastadan detaylı anamnez alınır, kontrendike bir durum yoksa klinik ve radyolojik inceleme sonucu çekim endikasyonu konur.
2. Yapılacak işlem ve oluşabilecek komplikasyonlar hakkında hasta bilgilendirilip onamı alınır.
3. Alt çenede çalışırken hastanın başı hekimin dirsek seviyesinde veya daha aşağıda olacak şekilde, koltuk hafif dik olarak konumlandırılır.
4. Üst çenede çalışırken hastanın başı hekimin dirsek seviyesinde, koltuk yer düzlemine 60 derece eğimli olacak şekilde konumlandırılır.
5. Hangi diş çekilecekse ona uygun anestezi yapılarak dişin sinirinin uyuşturulması sağlanır.
6. Çekim işleminde kullanılacak el aletleri (davye, elevatör...) steril bir küvet içerisinde toplanır, hastaya önlük takılır.
7. Sol üst çenede çekilecek dişler için hekimin sol eli alveolü desteklemelidir. Sol elin baş parmağı palatinalde, işaret parmağı vestibül sulkusta diğer 3 parmak yanağı destekler şekilde alveol desteklenir. Sağ üst çenede çekilecek dişler için hekimin sol eli alveolü desteklemelidir. Sağ elin baş parmağı vestibül sulkusta, işaret parmağı palatinalde , diğer 3 parmak yanağı destekler şekilde alveol desteklenir. Sol alt çenede çekilecek dişler için hekimin sol elin işaret parmağı vestibül sulkusta, orta parmak lingualde, baş parmak alt çeneyi dış alt bölgeden desteklemelidir. Sağ alt çenede çekilecek dişler için hekimin sol eli işaret parmağı lingualde, orta parmak vestibül sulkusta, baş parmak alt çeneyi dış alt bölgeden destekler şeklinde alveol desteklenir.
8. Çekime uygun pozisyon alındıktan sonra bein elevatörü ile dişeti dişten ayrılarak dekolman yapılır.
9. İlgili dişin davyesi mümkün olduğu kadar dişin apikale doğru yerleştirilir, böylelikle rotasyon merkezi apikale kaydırılmış olur.
10. Davye ile vestibule ve linguale esnetme hareketleriyle dişin alveolü esnetilir. Konik köklü dişlerde rotasyon hareketi de yapılır. Bilek bükülmeden kuvvet iletimi kullanılan aletin uzun aksı boyunca ilgili dişe iletilir.
11. Diş hareketlenmeye başladıktan sonra bukko-okluzal traksiyon ile diş, alveol soketinden çıkartılır.
12. Ortodontik ve süt dişleri çekimi hariç diş çekiminden sonra genişletilen alveol kreti parmak basısı ile eski haline getirilir.
13. Spanç ısırtılarak kanama kontrolü sağlanır.
14. Çekim sonrası öneriler hastaya anlatılır.

SÜTUR ATILMASI VE ALINMASI

1. Hekim işlemden önce asepsi ve antisepsi kurallarına uyarak kendisini, hastayı ve çalışma ortamını hazırlar.
2. Sütur atılacak bölgede düzgün bir kapanmaya engel olacak düzensiz doku kenarları düzeltilir veya yara iyileşmesini geciktirecek debris uzaklaştırılır.
3. Sütur için gerekli malzemeler hazırlanır.
4. Hekim çalışacağı bölgeye uygun pozisyonda konumlanır.
5. Hastanın başı sütur atılacak bölgeye göre konumlandırılır ağız açık şekilde dudak/yanak ekarte edilir.
6. İğne portegü ile tutulur ve doku kenarlarından yaklaşık 2 mm uzaklıkta dokuya dik olarak batırıldıktan sonra iğnenin kurvatürüne göre karşılıklı dokulardan geçirilir.
7. Düğüm atarken doku nekrozuna yol açacak kadar sıkmamaya ve düğümü insizyon hattı üzerinde bırakmamaya dikkat edilir.
8. Sütur delici kesici atık kutusuna diğer malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır.
9. Sütur alınırken sütur presel ile tutulur. Bir makas veya bistüri yardımıyla düğüm kenarından kesilir.
10. Sütur alınırken dokuda travma yaratmamaya ve dokuda sütur materyali bırakmamaya dikkat edilir.

İNSİZİV SİNİR BLOĞU

1. Eller hijyenik el yıkama kurallarına göre yıkandı. Kurulanıp ve eldivenler giyildi.
2. Alınan hastanın doğruluğunu isim,soyisim sorularak teyit edip ve işlem hakkında hasta bilgilendirildi.
3. Hastadan eksiksiz bir şekilde anamnez alınarak, lokal anestezi solüsyon uygulamasına engel teşkil eden bir durum olup olmadığı belirlendi.
4. Ampülün başı bir spanç ile tutularak kırıldı. Ampülün içindeki ilaç enjektöre çekildi. Enjektör dik tutulup hafifçe vurularak hava kabarcıklarının üst bölgede toplanması sağlandı. Enjektör pistonu hafifçe itilerek hava çıkartıldı.
5. Maksillada sağ kaninden sol kanine kadar olan alandaki palatinal mukoza ve dişetini anestezi altına alan bir teknik olduğunu bildi.
6. Hasta ağız antiseptik solüsyonla çalkatıldı.
7. Hastanın başı geri aldirıp ağız kocaman açtırıldı.
8. İğne insiziv papilin lateralinden palatinal mukozaya batırıldı. Aspirasyonun ardından 0,2-0,3 cc kadar anestezi solüsyon yavaş bir şekilde enjekte edildi.
9. Enjektörü ve kırık ampülü delici kesici alet atık kutusuna, spanç ve eldivenleri de tıbbi atık kutusuna atıldı.
10. Eller yıkanıp kurulandı.

İNFRAORBİTAL ANESTEZİ

1. Ellerinizi yıkayıp, kurulayınız, eldiven giyiniz.
2. Ad, soyad sorularak doğru hastanın belirlenmesi ve işlem hakkında bilgi verilmelidir.
3. Enjeksiyon yapılacak ilacın etiketlerini kontrol ederek, ilacı ve enjektörü hazırlanmalıdır.
4. Ampulü bir spanç ile tutarak kırınız. Ampulün içindeki ilacı enjektöre çekiniz. Enjektörün iğnesini takınız. Enjektörü dik tutup hafifçe vurarak hava kabarcıklarının üst bölgede toplanmasını sağlayınız. Enjektörün pistonunu hafifçe iterek havayı çıkarınız.
5. Enjektörün koruyucu kapağını kapatılmalıdır.
6. Hastanın başı dike yakın olacak şekilde sabitlenmelidir.
7. Hastanın ağzı yarım açılıp dudak-yanak bölgesi ekarte edilmelidir.
8. Uygulama yapılacak infraorbital kanal ağzı ekstraoral palpe edilmelidir.
9. İğnenin ucu üst 2. Premolar diş apeksi hizasından batırılmalıdır.
10. İğne ucu kemiği yalayacak şekilde ilerletilir. Aynı zamanda iğnenin ucu kanal ağzına girene kadar ekstraoral olarak parmakla hissedilir. İğnenin ucu kanal ağzına 0,5 cm kadar sokulur, bu sırada hasta ağrı duymasın diye kanala girmeden önce parmak ucu ile foramen bölgesine baskı uygulanabilir.
11. Foramene girildikten sonra aspirasyon yapılarak 1-1.25 cc kadar anestezi madde yavaşça depolanmalıdır. Ve ilgili alanın uyuşması beklenmelidir.
12. 1.5 cc solusyon yavaşca zerk edilir. En az bir dk bu işleme ayrılmalıdır.
13. Enjektörü delici kesici enfekte atık kutusuna, kullanılan malzemeleri ve eldivenleri tıbbi atık kutusuna atınız

İNFİLTRATİF ANESTEZİ

1. Hastanın kimlik bilgileri doğrulandıktan sonra anamnezi alınır, yapılacak işlem belirlenerek hasta bilgilendirilir.
2. Eller yıkanıp kurulandıktan sonra cerrahi eldivenler giyilir.
3. Steril cerrahi küvet içerisinde muayene takımı alınır.
4. Enjeksiyonu yapılacak anestezi solüsyonun etiketi kontrol edilir, ampül ve dental enjektör hazırlanır.
5. Spanç yardımıyla ampül dikkatli bir şekilde kırıldıktan sonra anestezi solüsyon dental enjektöre çekilir. Enjektörün iğnesi takıldıktan sonra dik tutularak hafifçe vurulur. Böylece hava kabarcıklarının üst bölgede toplanması sağlandıktan sonra piston hafifçe itilerek havanın çıkışı sağlanır.
6. Ağız içerisinde işlem yapılacak dişin apikalindeki labial sulkus mukozası (palatinal mukoza, lingual mukoza) veya işlem yapılacak yumuşak doku bölgesindeki en derin kısım belirlenir.
7. İğne sulkusun en derin kısmına yaklaşık olarak 45 derecelik açıyla batırıldıktan sonra yumuşak dokuda hafifçe ilerletilerek pozisyonu korunur.
8. Aspirasyon yapılır. Aspirasyon sonucu negatifse iğnenin konumu değiştirilmeden yaklaşık 1-1,5cc anestezi solüsyon yavaşça dokuya verilir.
9. Pozitif aspirasyon durumunda başka bir ampül daha kırılarak yeniden dental enjektöre çekilir ve işlem tekrarlanır.
10. Yeterli anestezi sağlandıktan sonra iğne dokudan çıkarılır. Küvet içerisindeki kapağa dokunulmadan enjektörün kapağı güvenli bir biçimde takılır.
11. Enjektör delici kesici sarı renkteki enfekte atık kutusuna, kullanılan malzemeler ve eldivenler ise tıbbi atık kutusuna atılır.

TÜBER ANESTEZİ

1- Kişisel koruyucu ekipmanlar giyilir.
2- Hastanın adı ve soyadı doğrulanır, tok olduğuna emin olarak işlem hakkında bilgi verilir.
3- Anestezik solüsyonun doğruluğu kontrol edilir.
4- Ampul kırılır, kırık tarafı aşağı gelecek şekilde tutulur ve enjektörle 45 derecelik açı olarak şekilde solüsyon enjektöre çekilir.
5- Hava kabarcıkları, enjektöre hafifçe vurup pistonu ittirerek tahliye edilir.
6- Ağız yarım açtırılır, alt çene enjeksiyon tarafına doğru maksimum laterotrüzyon yaptırılır.
7- Ağız aynasıyla yanak ekarte edilir.
8- Üst 6 numaralı dişin distal tüberkülli hizaından üst 7 numaralı dişin kök ucuna doğru kanül yaklaşık 1 cm penetre edilir. Ulaşılan noktada ön anestezi için 0.5 cc solüsyonu enjekte edilir.
9- Kanül mediale, superiora, posteriora doğru 45-60 derecelik açıyla yönlendirilip 1-1.5 cm ilerleterek maksimum 2.5 cm derinlikte aspirasyon yapılır.
10- Aspirasyon pozitif ise başa dönerek basamaklar tekrarlanır.
11- Aspirasyon negatif ise 1 cc solüsyonu enjekte edilir.
12- Kanül, doğrultusunu değiştirmeden çıkarılır, enjektörün ucu kapatılır.
13- Tüm anesteziler bittikten sonra enjektör ucu çıkarılıp kesici-delici tıbbi atık kovalarına atılır.
14- İşleme siz devam etmeyecekseniz, kişisel koruyucu ekipmanlar sırasıyla çıkarılır, eller yıkanır.

MENTAL ANESTEZİ

1. Hekim işlem öncesi asepsi ve antisepsi kurallarına uyarak kendisini, hastayı ve çalışacağı ortamı hazırlar
2. Hastanın kimlik bilgileri doğrulanarak işlem öncesi ve sonrası yapılacaklar oluşabilecek komplikasyonlar hakkında hastayı bilgilendirir
3. Anestezik solüsyonun etiketini kontrol ederek enjektörü, solüsyonu ve gerekli malzemeleri hazırlar
4. Ampulü bir spanç yardımıyla genellikle nokta sembolüyle işaretli bölgeden kırarak açar ve solüsyonu enjektöre çeker. Enjektörde hava kabarcığı kalmayacak şekilde solüsyonu hazırlar. Enjektörün koruyucu kapağını kapatarak anesteziye hazır hale getirir.
5. Hekim çalışacağı bölgeye uygun pozisyonda konumlanır.
6. Hastanın başı dike yakın pozisyonda ağzı hafif açık şekilde dudak ekarte edilir.
7. Enjeksiyon yapılacak bölge işlem öncesi radyograftan kontrol edilerek enjektör arkadan öne dıştan içe yukarıdan aşağı olacak şekilde premolar dişlerin kök hizasından batırılır.
8. Bölgedeki arter ve vene enjeksiyon yapmamak için aspirasyon yapılır negatif yanıt görülünce 1.5 cc solüsyon enjekte edilir
9. Enjektör delici kesici atık kutusuna diğer malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır.
10. Bir süre bekledikten sonra anestezinin etkisi için gerekli anatomik bölgeler kontrol edilir.

MANDİBULAR ANESTEZİ

1. İşlem öncesi aseptisi ve antisepsi kurallarına uyularak koruyucu ekipman, hasta ve çalışılacak ortam hazırlanır.
2. Hastanın kimlik bilgileri doğrulanır, sistemik anamnez alınır, işlem öncesi ve sonrası yapılacaklar ve oluşabilecek komplikasyonlar hakkında hasta bilgilendirilir
3. Anestezik solüsyonun etiketi kontrol edilerek enjektör, solüsyon ve gerekli malzemeler hazırlanır
4. Anestezi ampülü bir spanç yardımıyla genellikle nokta sembolüyle işaretli bölgeden kırılarak açılır ve solüsyon enjektöre çekilir. Enjektörde hava kabarcığı kalmayacak şekilde solüsyon hazırlanır. Enjektörün koruyucu kapağı kapatılır ve anesteziye hazır hale getirilir.
5. Hekim çalışılacak bölgeye uygun pozisyonda konumlanır, hasta yatar ya da yarı yatar pozisyonda konumlandırılır.
6. Hastanın ağzı mümkün olduğu kadar gergince açılır ve ayna ile ramus margo anterior ekarte edilir.
7. Enjektör karşı ağız köşesi ya da premolar dişler hizasından margo anteriorun 1.5-2 cm mediali, okluzal düzlemin 1 cm yukarısı ve raphe pterygomandibularis lateralinden batırılır.
8. 0.5 cm ilerlendikten sonra ön anestezi yapılarak N. lingualis blokajı sağlanır. Daha sonra aynı yönde 1.5-2 cm ilerlenerek kemik teması alınır.
9. Temas alındıktan sonra aspirasyon yapılır, kalan solüsyon enjekte edilir.
10. Enjektör delici kesici atık kutusuna, diğer malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır. Eller yıkanıp kurulanır.

KIRILAN DİŞ ve KÖKLERİN ÇIKARILMASI

1. Cerrahi el yıkama yapılır, steril eldivenler, cerrahi box, bone ve sperlik giyilir. Steril ameliyat ortamını sağlamak için cerrahi seti hazırlanır, kılıflar geçirilir, piyasemen ünite bağlanır.
2. Hasta ameliyathaneye alınır steril önlüğü örtülür, bonesini giymesine yardımcı olunur, hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi verilir.
3. Hastanın anestezisi kontrol edilir, gerekirse ek anestezi yapılır.
4. Bölge ekarte edilir, bistüri yardımı ile uygun kesiler atılır, raspa yardımı ile flep kaldırılır.
5. Serum fizyolojik ile soket yıkanır, aspiratör ile içi iyice kurutulur kırılan kök ve diş parçaları görünür hale getirilir.
6. Kökler gerekli durumda serum soğutması altında piyasemen ve anguldurva ile separe edilir, etrafındaki kemik duvarı veya septa dikkatli bir şekilde gerektiği kadar kaldırılır.
7. Uygun elevatör ve davye yardımı ile kökleri çıkarılır. Soketin içi güzelce kürete edilir, temizlenir.
8. Flep uygun şekilde suture edilir.
9. Kanama kontrolünü sağlandıktan sonra, bölgeye spanç ile bası uygulanır.
10. Hastanın önlüğü, bonesi çıkartılır, steril eldivenler ve cerrahi box enfekte atık kutusuna attıktan sonra eller yıkanır.
11. Hastaya işlem sonrası uyması gerekenler anlatılır, reçetesi hazırlayıp hasta taburcu edilir.

KİST İÇİN PANSUMAN UYGULANMASI

1. Hekim işlem öncesi asepsi ve antisepsi kurallarına uyarak kendisini, hastayı ve çalışacağı ortamı hazırlar
2. Tabla örtüsü serilir, cerrahi malzemeler ve aspiratör yerleştirilir. Reflektör tutacağı streç filmle kaplanır.
3. Kist kavitesine yerleştirilen dren preselle uzaklaştırılır.
4. Kavite serum fizyolojik ve betadine ile yıkanarak temizlenir.
5. Antibiyotikli pomad emdirilmiş daha küçük bir dren uygulanır.
6. Rutin kontrollerle kistin küçülmesi takip edilir.

REÇETE YAZMA

1- Reçetenin sağ üst kısmına tarih ve hasta bilgileri yazılır.
2- Reçeteye hastanın tanısı yazılır.
3- Reçetenin superkripsiyon bölümüne latince “alınız” anlamına gelen “recipe” kelimesinin kısaltılmış halleri “Rp, Rx” yazılır.
4- Inskripsiyon kısmına ilacın piyasa/jenerik ismi, ilacın birim farmasötik şeklinde bulunan etken madde miktarı yazılır.
5- Subkripsiyon kısmında ilacın miktarı rakam ve yazı ile yazılır.
6- İnstrüksiyon kısmında ilacın ne sıklıkta ve ne şekilde kullanılacağı yazılır.
7- Reçete yazma işlemi bittikten sonra reçetenin alt kısmına reçeteye başka bir şey yazılmasına olanak vermeyecek şekilde çizgi çizilir.
8- Reçetenin en alt kısmına reçeteyi yazan hekimin kaşesi ve imzası atılır.
9- Reçete okunaklı, anlaşılır ve aynı renk tükenmez kalem ile yazılır.

ÇEKİM SONRASI MAKSİLLER SİNÜS MUAYENESİ VE AÇIKLIK DURUMUNDA TANI KOYMA YÖNTEMLERİ

1.Hasta ünite oturtulur, kişisel koruyucu ekipmanlar giyilir.
2.Tabla örtüsü serilir, cerrahi malzemeler ve aspiratör yerleştirilir. Reflektör tutacağı streç filmle kaplanır.
3.Anestezik solüsyon enjektöre çekilir ve ilgili dişin çekimine uygun anestezi yapılır. Dişe uyumlu elevatör ve davye kullanılarak dişin çekimi yapılır, gerektiği durumlarda çekim sonrası alveolar kemik soketi kürete edilir.
4. Maksiller sinüs valsava manevrasıyla (hastanın burun uçları kapatılarak burundan nefes vermesinin sağlanması) ve <u>inspeksiyon yöntemiyle kontrol edilir.</u>
5. Buna ek olarak spanç hareketiyle ve künt uçlu sond yardımıyla çekim boşluğundan oroantral açıklık kontrolü yapılır.
6. Açıklık varsa 5ml/10ml'lik enjektörle yıkanır ve aspiratörle sıvı uzaklaştırılır.
7. Hemostatik süngerlerin açıklığa yerleştirilerek 3/0-4/0 suture uygulanması ve pıhtı formasyonu oluşturularak normal mukozal iyileşmenin sağlanması sağlanır.
8. Kanama kontrolü yapılarak yara bölgesine steril spanç yerleştirilir.
9. İnflamatuvar, enfektif durumları önlemek ve sinüzit riskini azaltmak için; hastaya antibiyotik, dekonjestan ve anti-inflamatuvar reçetesi düzenlenir.
10. Hastaya negatif basınç oluşturabilecek bütün aktivitelerden kaçınması önerilir (pipet ve sigara kullanımı, basınçlı burun temizliği, hapşıрма veya öksürme sırasında ağız kapama).
11. Eldiven ve cerrahi önlük çıkartılır, enfekte atık olarak ayrılır.

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

ENDODONTİ ANABİLİM DALI

ENDODONTİK AĞIZ İÇİ MUAYENE VE ANAMNEZ ALMA BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Hastanın geçmiş tıbbi anamnezini almak
2. Hastanın geçmiş dental anamnezini almak
3. Sistemik hastalığa sahip olup olmadığını sormak. Varsa kaydetmek
4. Bulaşıcı bir hastalığa sahip olup olmadığını sormak. Varsa kaydetmek
5. Hastanın başlıca dental şikâyetini dinlemek ve kaydetmek
6. Şikâyeteye ait semptomları belirlemek
7. Dental ağrı olup olmadığı, var ise ortaya çıkışı, süresi, azaltan ve arttıran faktörleri sormak ve kaydetmek
8. Ağız içi muayene için gerekli hazırlıkları yapmak (eldiven giyme, maske takma, üniten aydınlatması)
9. Diş sert dokularında madde kaybı olup olmadığını belirlemek
10. Diş /dişlerde renk değişikliği olup olmadığını belirlemek
11. İntrooral yumuşak dokularda değişiklikleri belirlemek
12. Mekanik testleri uygulamak (Perküsyon, Palpasyon ve Mobilite testi)
13. Elektrikli Pulpa Canlılık testini uygulamak
14. Gerekli ise Termal testleri uygulamak
15. Gerekli radyografiler (öz. Periapikal) yok ise almak ve dikkatli bir şekilde yorumlamak

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

ENDODONTİ ANABİLİM DALI

VİTALİTE TESTİ (ELEKTRİKLİ PULPA TESTİ) BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Hastayı ünite oturtmak ve baş desteğini ayarlamak
2. Elektrik vitalite testi için gerekli ekipmanı hazırlamak
3. Kullanılacak elektrik vitalite test cihazının çalışıp çalışmadığını kontrol etmek
4. Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi vermek ve test sırasında ne yapması gerektiğini anlatmak
5. Test yapılacak dişleri ve karşılaştırma yapılacak sağlıklı dişleri izole edilmesini ve kurutulmasını pamuk rulo ve hava spreyi ile yapmak
6. Vitalite test cihazında akımın geçişine uygun hazırlıkları yapmak (işlemi yapacak operatör, cihazı tutan elindeki lateks eldiveni çıkarmalıdır)
7. Elektrodu doğrudan diş yüzeyine temas ettirmek, restorasyon ya da komşu yumuşak dokulara temas etmemesini sağlamak
8. Test cihazının ucunu iletken sıvı, jel (diş macunu) ile ıslatmak
9. Cevap alınıncaya kadar voltajı yavaşça yükseltmek
10. Sağlıklı dişin ve ilgili diş/dişlerin eksitasyon (uyarılma) eşiğini kaydetmek
11. Sağlıklı dişin ve ilgili diş/dişlerin eksitasyon (uyarılma) eşiğini karşılaştırmak
12. İzolasyon için yerleştirilen pamuk ruloları yavaşça ve gerekirse su spreyi kullanarak çıkarmak

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

ENDODONTİ ANABİLİM DALI

NEKROZE DİŞLERDE KANAL TEDAVİSİ YAPMA BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Sistemik ve detaylı endodontik anamnezi almak ve ağız içi muayeneyi yapmak
2. Endodontik doğru teşhisi koymak
3. İlgili dişe anestezi yapıp yapılmayacağı kararını yapılan muayene doğrultusunda vermek (Yapılacak ise ilgili prosedürel basamakları uygulamak)
4. Giriş kavitesini, anatomik varyasyonlar ve ilave kanalları göz önüne alarak, gerektiğinde modifiye ederek uygun şekilde açmak
5. Çalışma boyunu elektronik apeks bulucu ile uygun şekilde saptamak
6. Çalışma boyu tespitini periapikal radyograf ile doğrulamak (tüm köklere ait periapikal bölgenin radyografte görünür olması)
7. Kanal şekillendirmesini step-back tekniği uygulayarak <i>doğru numara kanal aleti ile doğru çalışma boyunda bitirmek (Çalışma Boyu Kaybı, Basamak, Strip perforasyon, Alet kırığı meydana gelmemesi)</i>
8. İrigasyon sırasında irigasyon kanülünü doğru boyda ve uygun teknik ile kullanmak
9. Kök kanallarını yeterli miktarda ve doğru sıra ile uygun solüsyonlar kullanarak yıkamak (<i>Periapikal bölgeye solüsyonu taşırmamak</i>)
10. Kanal içi medikament uygulanıp uygulanmayacağına karar vermek
11. Kanal içi medikament uygulanacak ise kanal genişletmesine uygun no lu lentülo ile kanala göndermek
12. Giriş kavitesini geçici restorasyon ile sızdırmayacak şekilde kapatmak
13. Geçici dolguyu kaviteden, kanal içi medikamenti kaaldan sonraki seansta uzaklaştırmak
14. Guta-perka provası yapmak
15. Son irigasyonu yapmak
16. Kanal dolumu yapmak (kısa veya taşkın doldurulmaması)
17. Güt-perka seviyesini düzenlemek
18. Koroner restorasyonu kavite formuna uygun şekilde yapmak (taşkın dolgu yapmamak)

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
DÖNER ALET SİSTEMLERİ İLE KÖK KANALLARININ ŞEKİLLENDİRİLMESİ
BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. İlgili dişin klinik ve radyolojik olarak değerlendirilmesi
2. Giriş kavitesinin hazırlanması
3. Çalışma boyunun tespit edilmesi
4. Çalışma boyuna ulaşan en büyük eğenin belirlenmesi
5. Rehber yol oluşturma. Bu işlem # 6-8-10 ve 15 nolu el eğeleri ile veya rehber yol oluşturulması için dizayn edilmiş Ni-Ti eğeler ile gerçekleştirilir.
6. Kök kanal kurvatürü ve kök kanal genişliği dikkate alınarak, şekillendirmede kullanılacak Ni-Ti eğelerin seçilmesi
7. Crown-Down genişletme tekniğine uygun olarak koranalden apikale doğru kök kanallarının genişletilmesi
8. Vertikal yönde 2-3 mm ileri-geri hareketler ve minimal apikal basınç uygulanarak çalışma boyuna ulaşılması
9. Her bir büyük eğeye geçildiğinde kanal içerisindeki debrisin uzaklaştırılması için optimum düzeyde irrigasyon işleminin uygulanması
10. Şekillendirme tamamlandıktan sonra kullanılan Ni-Ti eğe tipiyle uyumlu güta perka konunun kök kanal sistemine adaptasyonunun kontrol edilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
FİBER POST DESTEKLİ KOMPOZİT RESTORASYONLAR BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. İlgili dişin klinik ve radyolojik olarak değerlendirilmesi
2. Koroner madde kaybı gözlenen kanal tedavili dişte ferrule varlığının değerlendirilmesi
3. Kanal morfolojisi ile uyumlu post çapı ve derinliğinin belirlenmesi
4. Fiber post sistemi ile uyumlu frezlerinin seçilmesi
5. Apikalde minimum 4-5 mm gütä perka kalacak şekilde post boşluğunun oluşturulması
6. Fiber postun hazırlanan kanal boşluğuna adaptasyonun kontrol edilmesi
7. Fiber postun uyumunun radyografik olarak kontrol edilmesi
8. Preparasyon esnasında oluşturulan debrisin irrigasyon ile uzaklaştırılması
9. Fiber post yuvasının irrigasyon sonrası kağıt konlar ile kurulanması
10. Uygulanacak duel-cure rezin simanın hazırlanması
11. Duel-cure rezin siman ile fiber postun simantasyonun gerçekleştirilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KÖK KANALLARINDAN KIRIK ALETİN ÇIKARILMASI BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Komplikasyonun nedeni ve tedavisi hakkında hastanın bilgilendirilmesi
2. İlgili dişin klinik ve radyolojik olarak durumun değerlendirilmesi
3. Kırık aletin lokalizasyonunun belirlenmesi
4. Giriş kavitesinin hazırlanması
5. Kırık alete ulaşabilmek için giriş yolunun hazırlanması
6. Kırık aletin koroner kısmına kadar kök kanalının şekillendirilmesi
7. # 6-8-10 nolu K-tipi eğeler ile kırık aletin yanından geçilmeye çalışılması
8. Ultrasonik uçlar kullanılarak kırık aletin koronere doğru hareketlendirilip kanaldan uzaklaştırılması
9. Radyografi alınarak kırık aletin uzaklaştırıldığıının kontrol edilmesi
10. Kök kanal sistemi için çalışma boyunun yeniden belirlenip, şekillendirmenin

tamamlanması

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KÖK KANALLARININ DOLDURULMASI SIRASINDA ORTAYA ÇIKAN
KOMPLİKASYONLARIN TEDAVİSİ BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Komplikasyonun nedeni ve tedavisi hakkında hastanın bilgilendirilmesi
2. Kök kanal dolgusunun klinik ve radyografik olarak değerlendirilmesi
3. Yetersiz kök kanal dolumu varlığında başarısız kanal dolgusunun konvansiyonel el eğeleri ya da kanal dolgusunun uzaklaştırılması için dizayn edilmiş Ni-Ti döner eğeler ile uzaklaştırılması
4. Kök kanal dolgusu sökümü esnasında güta perka ve kanal dolgu patı çözücülerinin kullanılması
5. İlgili diştten radyografi alınarak kanal dolgu söküm işleminin değerlendirilmesi
6. Radyografide güta perka yada kanal patına ait kalıntıların tespit edilmesi durumunda kök kanal şekillendirme işleminin sürdürülmesi
7. Önceki kanal dolgusunun optimum düzeyde uzaklaştırılmasını takiben final irrigasyon prosedürlerinin uygulanması
8. Kök kanal dolgusunun tekrarlanması
9. Taşkın kanal dolumu varlığında hastaya ait semptomların ve anatomik komşulukların değerlendirilmesi
10. Taşkın kanal dolgusunun optimum şekilde konvansiyonel el eğeleri ya da kanal dolgusunun uzaklaştırılması için dizayn edilmiş Ni-Ti döner eğeler ile uzaklaştırılması
11. Kök kanal tedavisinin tekrarlanması
12. Taşkın kanal dolgusunun yeterli düzeyde elimine edilemediği olgularda endodontik cerrahi uygulamaları ve ilgili dişin çekimini içeren tedavi uygulamalarından en uygun olan seçeneğin belirlenmesi.

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
ENDODONTİK İRRİGASYON KOMPLİKASYONLARININ TEDAVİSİ BECERİ
REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Komplikasyonun nedeni ve tedavisi hakkında hastanın bilgilendirilmesi
2. Lokal anestezi ve analjezik ilaçlar yardımıyla ağrının kontrol altına alınmaya çalışılması
3. Hastaya ait semptomların kontrol altına alınamadığı durumlarda hastanın tam teşekküllü bir hastaneye acilen sevk edilmesi
4. Şişliği azaltmak için etkilenen bölgeye soğuk kompres uygulanması
5. Komplikasyondan bir gün sonra sıcak kompres ve sıcak su gargarası ile lokal dolaşımın artırılması
6. Sekonder enfeksiyon riski varlığında antibiyotik reçete edilmesi
7. Hastanın medikal anamnezi dikkate alınarak antihistaminik reçete edilmesi
8. Mevcut durumun değerlendirilmesi için hastanın kontrol seanslarına çağırılması

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
ALT VE ÜST ÇENE DİŞLERİNDE GİRİŞ KAVİTESİ AÇABİLME BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Giriş kavitesinin açılması esnasında kullanılacak olan frezlerin tiplerinin ayırt edilmesi ve gerekli aşamada uygun frezin tercih edilebilmesi
2. Giriş kavitesini kesici dişlerde palatinal/lingual yüzü hayali olarak dokuz eş parçaya bölerek merkezde olacak şekilde üçgen ya da oval şeklinde açabilmek; küçük azı ve büyük azı dişlerin okluzal yüzlerindeki merkezsiz fossadan başlanarak küçük azı dişlerinde oval, büyük azı dişlerinde üçgen şeklinde açabilmek.
3. Giriş kavitesinin şekil ve boyutunun üç boyutlu olarak belirlenmesi
4. Giriş kavitesi duvarlarının, kesici ve kanin dişlerde palatinal/lingual e doğru; küçük azı ve büyük azı dişlerinde okluzal yüze doğru 5-10° konik olacak şekilde fissür frezler ile düzenlenmesi

5. Kanal girişlerinin kavite tabanında yer alması
6. Kanal aletlerinin kanal içine düz olarak girişini sağlayacak şekilde insizal ya da okluzal kenar bizotajının yapılması
7. Giriş kavitesinin kök kanal sayısına ve anatomik varyasyonlarına göre açılması ve gerektiğinde modifiye edilmesi
8. Giriş kavitesinin temizliği

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KÖK KANALLARININ DOLDURULMASI BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Kanal dolum aşamasında kullanılacak malzemelerin bilinmesi ve hangi aşamada kullanılacaklarının bilinmesi
2. Ana gütaperka konunu belirleme ve radyografik olarak doğrulama
3. Daimi kanal patını doğru şekilde hazırlanması ve kök kanalına uygulanması
4. Çalışma boyunun 2-3 mm gerisinde olacak şekilde, doğru spreaderın belirlenmesi ve aynı çapa sahip yardımcı gütaperka konun belirlenmesi ve pata bulanarak kök kanalı içine uygulanması
5. Spreader çaplarının giderek küçültülerek ana kona lateral kompaksiyon uygulanarak açılan boşluğa spreader ile aynı çapa sahip gütaperka kon pata bulanarak kanal dolumuna devam edilmesi
6. # 25 nolu spreaderın kanala 1-2 mm den fazla girmediğinin tespit edilmesi ve kanal dolumunun tamamlandığının belirlenmesi
7. Kanal dolumu sonrası kanal ağzındaki gütaperkaların ısıtılmış bir ekskavatör yardımı ile uzaklaştırılması ve kesilen gütaperkalara plugger ile apikale doğru vertikal basının uygulanması
8. Endodontik frez ile gütaperka seviyesinin mine-sement seviyesinin altına indirilmesi
9. Giriş kavitesinin temizliğinin sağlanması
10. Radyografi ile kök knal dolumunun kontrol edilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
VİTAL DİŞLERDE KANAL TEDAVİSİ BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Sistemik ve detaylı endodontik anamnez alınması ve doğru tanı konması
2. İlgili dişe uygun anestezi yönteminin belirlenip etkili anestezi sağlanması
3. Giriş kavitesinin anatomik varyasyonlar ve ilave kanallara göre gerektiğinde modifiye edilerek uygun şekilde açılması
4. Çalışma boyunun elektronik apeks bulucu ile uygun şekilde tespiti
5. Çalışma boyu tespitinin radyograf ile doğrulanması (tüm köklere ait periapikal bölgenin radyografıta görünür olması)
6. Kanal şekillendirmesinin doğru numara kanal aleti ile doğru çalışma boyunda bitirilmesi (Çalışma Boyu Kaybı, Basamak, Strip perforasyon, Alet kırığı meydana gelmemesi)
7. Çalışma boyu kaybı, basamak, strip perforasyon, alet kırığı gibi komplikasyon meydana gelmesi durumunda problemin uygun şekilde giderilmeye çalışılması
8. İrigasyon kanülünün doğru boyda ve uygun teknik ile kullanılması
9. Kök kanallarının yeterli miktarda ve sırasıyla uygun solüsyonlar kullanılarak yıkanması (Periapikal bölgeye solüsyon taşırılmaması)
10. Kanal içi medikament uygulanıp uygulanmayacağının kararının verilmesi
11. Kanal içi medikament uygulanmayacak ise aynı seansta kanal dolumunun gerçekleştirilmesi (kısa veya taşkın doldurulmaması)
12. Kanal içi medikament uygulanacak ise kanala yerleştirilmesi ve giriş kavitesinin geçici dolgu ile kapatılması
13. Hastaya ikinci seans için randevu verilmesi
14. İkinci seansta kanal dolumunun gerçekleştirilmesi
15. Güta-perka seviyesinin düzenlenmesi
16. Koroner restorasyonun uygun şekilde yapılması (taşkın dolgu yapılmaması)

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KÖK KANALLARININ İRRİGASYONU ve DEZENFEKSİYONU BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Sistemik ve detaylı endodontik anamnez alınması ve hastaya kimyasallara karşı allerjisi olup olmadığının sorulması
2. Dişin rubber dam ile izolasyonu
3. Kök kanal çalışma boyunun belirlenmesi ve giriş yolu hazırlanması
4. Doğru kanal yıkama solüsyonları seçilip, hazırlanması
5. İrrigasyon için uygun kanüllerin seçilip hazırlanması
6. Yıkama kanülünün çalışma boyunu doğru şekilde belirlenmesi ve işaretlenmesi
7. Kanal şekillendirmesi sırasında her eğe arasında sodyum hipoklorit ile yıkama yapılması
8. Şekillendirme sırasında basınçsız ve kanülü kanal duvarlarına sıkıştırmadan yıkama yapılması
9. Yıkamalar bittikten sonra kanalların boyutlarına uygun kağıt konun seçilmesi ve kağıt konlar ile kök kanalının kurulanması
10. Doğru kanal içi medikamentin seçilip, hazırlanması
11. Kanal boyutuna uygun lentülönün seçilmesi
12. Kanal içi medikamentin apeksten taşırılmadan lentülo ile kanala yerleştirilmesi
13. Kanal ağızlarına pamuk pelet yerleştirilip giriş kavitesinin geçici dolgu ile kapatılması
14. Dolum seansında kanal içi medikamentin kanal eğesi ve irrigasyon ile kök kanalından uzaklaştırılması
15. Kanal dolumu öncesi son yıkama solüsyonlarının sırasına uygun olarak kullanılması

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
DEVİTAL DİŞ BEYAZLATMA BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Sistemik ve detaylı endodontik anamnez alınması
2. Kanal tedavisinin radyografik olarak kontrol edilip gerekirse kanal tedavisinin yenilenmesi kararı verilmesi
3. Dişin rubber dam ile izole edilmesi
4. Renk değişiminin tespiti için tedavi öncesi fotoğraf çekilmesi
5. Hijyenik olmayan restorasyonların ve çürük dokuların uzaklaştırılarak, uygun giriş kavitesi açılması
6. Kök kanal dolgularının mine sement bileşiminin 2 mm altında kalacak şekilde çelik rond frezle uzaklaştırılması
7. Smear tabakasının kaldırılması için kavite içini %5.25'lik sodyum hipoklorit solüsyonunun ardından %17'lik EDTA solüsyonu ile yıkanması
8. Kanal ağzlarının kaide materyali ile örtülenmesi
9. Kavitenin uygun şekilde temizlenmesi
10. Beyazlatma ajanlarının doğru seçilip pulpa odasına uygulanması
11. Beyazlatma ajanının üzerine steril pamuk pelet, sünger vb. yerleştirilmesi
12. Geçici restorasyon yapılması ve hastaya tekrar randevu verilmesi
13. Yeterli beyazlık elde edilinceye kadar işlemin tekrarlanması
14. Yeterli beyazlık elde edilince kavite içine kalsiyum hidroksit uygulanması
15. Kalsiyum hidroksitin uzaklaştırılıp kompozit ile daimî koroner restorasyon yapılması
16. Renk değişiminin tespiti için tedavi sonrası fotoğraf çekilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
RUBBER DAM UYGULAMASI BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Tedavi uygulanacak dişin tespit edilmesi
2. İhtiyaç halinde ilgili dişe anestezi uygulanması
3. Dişin lokalizasyonunun lastik örtüde işaretlenmesi
4. Lastik örtünün belirlenen yerden delici ile delinmesi
5. İlgili dişe uygun klempin seçilmesi
6. Klemp ve lastik örtünün dişe uygun şekilde yerleştirilmesi (ayrı ayrı ya da klemp lastik birlikte olacak şekilde)
7. Lastik örtünün klempin altında kalacağı şekilde klemp kulakçıklarının altına geçirilmesi
8. Diş ipi ile lastiğin aproksimal bölgelere yerleştirilmesi ve lastiğin kole bölgesini tam olarak sardığının kontrolü
9. Çerçevenin lastik örtüye uygun şekilde yerleştirilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KANAL BOYU TESPİTİ BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Dişin rubber dam ile izole edilmesi
2. Uygun giriş kavitesinin hazırlanması
3. Kök kanal anatomisine uygun sayıda olacak şekilde kanal ağızlarının tespit edilmesi
4. Kanal boyu tespiti için doğru büyüklükte kanal aletinin seçilmesi
5. Seçilen kanal eğesi kanal içinde ilerletilerek kanal boyunun elektronik apeks bulucu ile tespit edilmesi
6. Apeks bulucu ile tespit edilen 0 noktasının kanal boyu olarak kabul edilmesi
7. Eğe üzerinde lastik stoperin referans noktasına göre ayarlanması
8. Çok köklü dişlerde bu işlemin her kök için uygulanması
9. Kanal eğelerini apeks locator ile belirlenen boylarda kanallara yerleştirerek periapikal radyograf alınması (tüm köklere ait periapikal bölgenin radyografıta görünür olması)
10. Radyograf ile teyit edilen boyların kanal boyları olarak kaydedilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
ELEKTRONİK APEKS BULUCU KULLANIMI BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Apeks bulucu kullanılacak dişin rubber dam ile izole edilmesi
2. Kök kanal anatomisine uygun sayıda olacak şekilde kanal ağzlarının tespit edilmesi
3. Apeks bulucunun uygun şekilde çalıştırılması
4. Dudak aparatının dudağa yerleştirilmesi
5. Uygun kanal eğesinin apeks bulucunun diğer ucuna yerleştirilmesi
6. Kanal eğesinin kanal içinde ilerletilerek 0 noktasının kanal boyu olarak kaydedilmesi
7. Eğe üzerinde lastik stoperin referans noktasına göre ayarlanması
8. Çok köklü dişlerde her kanal için aynı işlemin uygulanması
9. Kanal eğesi ve dudak aparatının ağızdan uzaklaştırılması
10. Apeks bulucunun kapatılması

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KÖK KANALLARININ EL ALETLERİYLE GENİŞLETİLMESİ BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Çalışma boyunda sıkışan ilk kanal eğesi numarasının belirlenmesi (İAF)
2. Eğer 15 numara çalışma boyuna ilerlemiyorsa 6,8,10 # eğelerle giriş yolu hazırlanması ve ilk sıkışan eğe olarak en az 15# kanal eğesinin belirlenmesi
3. Eğeleri sırasıyla üç boy büyük eğeye kadar çalışma boyunda kullanarak kanalların genişletilmesi
4. Her eğe arasında rekapitülasyon yapılması
5. Her eğe arasında kanalların %2.5 sodyum hipoklorit ile yıkanması
6. Çalışma boyunda şekillendirmenin tamamlanacağı ilk sıkışan eğeden en az üç boy büyük olacak şekilde apikal çap numarasına karar verilmesi (MAF belirleme)
7. MAF eğesinden itibaren en az üç büyük eğe numarasına kadar koroner şekillendirme yapılması
8. MAF tan sonra koroner şekillendirme sırasında her kanal eğesinin bir önceki boydan

1'er mm kısa olacak şekilde kullanılması
9. Eğelerin numaralarına göre sırasıyla kullanılmasına dikkat edilmesi
10. Koroner �ekillendirme sırasında her eğe arasında MAF kanal eğesini çalışma boyunda kullanarak rekapitülasyon yapılması
11. Her eğe arasında kanalların %2.5 NaOCl ile yıkanması
12. Çok köklü dişlerde bu işlemlerin her kanal için uygulanması
13. Eğimli kanallarda antikurvat�r eğeleme yapılması
14. Kanal şekillendirmesi sırasında basamak, perforasyon ya da alet kırığı gibi komplikasyonlar meydana getirmemek için kurallara uyarak çalışılması

EGE ÜNİVERSİTESİ DIş HEKİMLİğİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
APEKSİFİKASYON APEKSOGENEZİS BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Sistemik ve Endodontik anamnezin alınması
2. Dişten periapikal film �ekme
3. Dişin klinik muayenesinin yapılması
4. Dişe vitalite testinin yapılması
5. Endikasyonun konulması
6. Hastaya bilgi verilmesi
7. Dişe anestezi yapılması
8. Dişe rubber dam uygulanması
9. Çürük ve enfekte doku artıklarının uzaklaştırılması
10. Kanalların irigasyonun yapılması
11. Kanallara medikament yerleştirilmesi
12. Kanalların geçici dolgu ile kapatılması
13. Dişe kök gelişiminin periodik olarak izlenmesi
14. Dişlerde rejeneratif tedavi uygulanacak ise apikal kanatma sağlanması (ve Trombosit faktörü uygulanması) ve dişlerin biyomateryal ile �rt�lenmesi
15. Seçilecek yönteme göre kök ucuna biyomateryal yerleştirilmesi ve geleneksel yöntem ile doldurulması
16. Dişlerin koronal restorasyonu
17. Dişten kontrol filminin çekilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
PERİAPİKAL LEZYONLU DİŞTE KANAL TEDAVİSİ BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Sistemik ve detaylı endodontik anamnez alma ve doğru tanı koyma
2. Çok köklü dişlerde anestezi yapılıp yapılmayacağının kararını verme
3. Giriş kavitesini anatomik varyasyonlar ve ilave kanallara göre gerektiğinde modifiye edilerek uygun şekilde açma
4. Lastik örtü ile doğru şekilde ilgili diş izole etme
5. Kanal boyunu elektronik apeks bulucu ile doğru şekilde tespit etme
6. Kanal boyu tespitini radyograf ile doğrulama (tüm köklere ait periapikal bölgenin radyografıta görünür olması)
7. Kanallarda sıkışan ilk alet numarasını belirleme
8. Eğeleri sırasıyla kullanarak kanalları genişletme
9. Genişletme sırasında her eğe arasında kanalları %2.5 NaOCl ile İrigasyon kanülünü doğru boyda ve uygun teknik ile kullanarak yıkama
10. Çalışma boyunda şekillendirmenin tamamlanacağı apikal çap numarasına karar verme (MAF belirleme)
11. MAF'tan itibaren en az üç büyük alet numarasına kadar koroner şekillendirme yapma
12. Kanal şekillendirmesini doğru çalışma boyunda komplikasyonsuz tamamlama (komplikasyonlar: Çalışma Boyu Kaybı, Basamak, Strip perforasyon, Alet kırığı)
13. Kanalların MAF numarasıyla uyumlu kağıt konlar ile kurulama
14. MAF numarasından en az bir küçük numaralı uygun numaradaki lentülo ile kanal içi medikamenti kanallara uygulama
15. Kalsiyum hidroksiti kanallardan eğe+ EDTA+NaOCl kullanarak uzaklaştırma
16. Kök kanalının apikal bölgesinde MAF numarası ile uyumlu numaradaki gutta-perka ile uyumu kontrol etme (tag-back hissi)
17. MAF numaralı gutta-perka kanalın içerisinde iken lateral kompaksiyon sırasında kullanılmaya başlanacak spreader numarasını tespit etme ve şekillendirmenin yeterli olup olmadığına karar verme
18. #25 spreader bile çalışma boyundan 2 veya 3 mm kısa olacak şekilde ilerlemiyor ise (şekillendirme yetersizse) çevresel eğeleme ile koroner şekillendirmeyi artırma
19. Gutta-prova filmi çekme (azı dişlerinde açılı film çekme), Gutta-perka çalışma boyunda ilerlememişse boy tespiti aşamasında itibaren işlem basamaklarını tekrar ederek kanal şekillendirmesini doğru çalışma boyunda yapma
20. Gutta-perka apikalde çalışma boyuna ilerlemiş ise son yıkamayı yapma (5 ml %
21. 17 EDTA+ 5 ml %2.5 NaOCl+Distile su+5 ml %2 Klorheksidin)
22. Kanalların MAF numarasıyla uyumlu kağıt konlar ile kurulama

23. Kanalların dolumunu lateral kompaksiyon yöntemini kullanarak komplikasyonsuz şekilde tamamlama (komplikasyon: kısa veya taşkın kanal dolgusu)
24. Koroner dolguyu tamamlama
25. Periapikal lezyonlu dişin 6 aylık aralıklarla klinik ve radyolojik muayenelerini yapma ve lezyon bölgesindeki kemik dolumu açısından takip etme

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
İNDİREKT PULPA KUAFASI BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR
1. Sistemik ve Endodontik anamnezin alınması
2. Dişin vitalitesinin değerlendirilmesi
3. Dişteki ağrının değerlendirilmesi
4. Diş kronundaki madde kaybının ve restore edilebilirliğinin değerlendirilmesi
5. Perküsyon/ palpasyon testi yapılması
6. İndirekt pulpa kuafasının ilgili diş için endike olup olmadığına karar verilmesi
7. Hastaya bilgi verilmesi
8. Anestezi yapılması
9. Rubber-dam ile tükürük izolasyonunun sağlanması
10. Periferden başlanarak çürüğün tamamen uzaklaştırılması
11. Kavitenin dezenfeksiyonu
12. Pulpal duvardaki dentinin $\text{Ca}(\text{OH})_2$ veya biyomateryal ile örtülenmesi ile örtülenmesi
13. Gerekli durumlarda uygun kaide yerleştirilmesi
14. Koroner restoratif materyalin uygun şekilde yerleştirilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
DİREKT PULPA KUAFASI BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1.Sistemik ve Endodontik anamnezin alınması
2. Dişten periapikal film alınması
3. Dişin vitalitesinin değerlendirilmesi
4. Dişteki ağrının değerlendirilmesi
5. Diş kronundaki madde kaybının ve restore edilebilirliğinin değerlendirilmesi
6. Perküsyon/ palpasyon testi yapılması
7.Direkt pulpa kuafasının ilgili diş için endike olup olmadığına karar verilmesi
8. Hastaya bilgi verilmesi
7. Anestezi yapılması
8.Rubber-dam ile tükürük izolasyonunun sağlanması
9.Çürüğün tamamen uzaklaştırılması
10.Pulpal Kanamanın kontrol altına alınması
11.Kavitenin dezenfeksiyonu
12.Pulpanın MTA veya Ca(OH) ₂ ile örtülenmesi
13.Gerekli durumlarda uygun kaide yerleştirilmesi
14.Koroner restoratif materyalin uygun şekilde yerleştirilmesi
15.Kontrol filmi çekilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
DAİMİ DİŞLERDE VİTAL AMPUTASYON TEDAVİSİ
BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1.Sistemik ve Endodontik anamnezin alınması
2. Dişten film alınması
3. Dişin vitalitesinin değerlendirilmesi
4. Dişteki ağrının değerlendirilmesi
5. Diş kronundaki madde kaybının ve restore edilebilirliğinin değerlendirilmesi
6. Perküsyon/ palpasyon testi yapılması
7.Vital amputasyon tedavisinin ilgili diş için endike olup olmadığına karar verilmesi
8.Hastaya bilgi verilmesi
9. Anestezi yapılması
10.Rubber-dam ile tükürük izolasyonunun sağlanması
11.Çürüğün tamamen uzaklaştırılması
12.Koroner pulpanın çıkarılması
13.Pulpal Kanamanın kontrol altına alınması
14.Kavitenin dezenfeksiyonu
15.Pulpanın MTA veya Ca(OH) ₂ ile örtülenmesi
16.Gerekli durumlarda uygun kaide yerleştirilmesi
17.Restoratif materyalin uygun şekilde yerleştirilmesi
18.Kontrol filmi çekilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KÖK KANALI TEDAVİSİNİN YENİLENMESİ (RETREATMENT) BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Sistemik ve endodontik anamnezin alınması
2. Dişten film alınması
3. Diş kronundaki madde kaybının ve restore edilebilirliğinin değerlendirilmesi
4. Kök kanal anatomisinin, gözden kaçan kanalların değerlendirilmesi
5. Kök kanal dolgusunun seviyesinin, kompaksiyon kalitesinin, kanal dolgu tipinin değerlendirilmesi
6. Periapikal lezyon varlığının değerlendirilmesi
7. Retreatment tedavisinin başarı şansını azaltan faktörlerin değerlendirilmesi
8. Retreatment tedavisinin ilgili diş için endike olup olmadığına karar verilmesi
9. Korener dolgunun sökülmesi
10. Kanal ağzlarına direkt giriş sağlanacak şekilde giriş kavitesinin düzenlenmesi
11. Kanal dolgusunun uygun eğeler kullanılarak sökülmesi
12. Kanal boyunun elektronik apeks bulucu/radyograf ile uygun şekilde tespiti
13. Kök kanallarının apikal çapı en az iki büyük boy büyütürle yeniden şekillendirilmesi
14. Kanal şekillendirmesinin <i>doğru numara kanal aleti ile doğru çalışma boyunda bitirilmesi</i>
15. Kök kanallarının yeterli miktarda ve sırasıyla uygun solüsyonlar kullanılarak yıkanması
16. Kanal içi medikamentin kanala uygulanması
17. Kanal dolumunun yapılması
18. Güta-perka seviyesinin düzenlenmesi
19. Koroner restorasyonun uygun şekilde yapılması

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KÖK KIRIĞI TEDAVİSİ BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Koroner fragmanın dislokasyonunun belirlenmesi
2. Mobilite kontrolünün yapılması
3. Pulpa canlılığının test edilmesi
4. Perküsyon hassasiyetinin kontrol edilmesi
5. Krona renklenme olup olmadığının tespit edilmesi
6. Radyograflarda kırığın lokalizasyonunun tespit edilmesi
7. Apikal bölgede yer alan kök kırığında mobilitenin kontrol edilmesi ve hastanın takip edilmesi
8. Koroner parçanın eski pozisyonunun verilmesi
9. Dişin repozisyonun radyografla kontrol edilmesi
10. Dişin siplintlenmesi
11. Okluzyon kontrolünün yapılması
12. Pulpa vitalitesinin düzenli kontrol edilmesi ve kırık hattındaki iyileşmenin kontrol edilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KURON KIRIĞI (BASIT) TEDAVISI BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Ekstraoral muayene yapılması (yumuşak doku yaralanması, zedelenme, ödem vb)
2. İntraoral muayene yapılması (yumuşak dokular: ağız tabanı, damak, yanak, oral mukozada şişlik ezilme olup olmadığının kontrol edilmesi)
3. İntraoral muayene yapılması (sert dokular:tüm dişler, alveol kemiğinin muayene edilmesi)
4. Vitalite testi yapılması
5. Termal test yapılması
6. Radyografik muayenenin yapılması
7. Gerekli durumlarda pulpa yüzeyinin Ca(OH) ₂ ile örtülenmesi
8. Koroner bölgede mine yüzeyinde gerekli bütötaajın yapılması
9. Dişin kompozit rezinle restorasyonun uygun şekilde yapılması
10. İşlem sonrası (6-8 hafta) hasta takibinin yapılması

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KURON KIRIĞI (KOMPLİKE) TEDAVISI
BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Ekstraoral muayene yapılması (yumuşak doku yaralanması, zedelenme, ödem vb)
2. İntraoral muayene yapılması (yumuşak dokular: ağız tabanı, damak, yanak, oral mukozada şişlik ezilme olup olmadığının kontrol edilmesi)
3. İntraoral muayene yapılması (sert dokular:tüm dişler, alveol kemiğinin muayene edilmesi)
4. Vitalite testi yapılması
5. Termal test yapılması
6. Radyografik muayenenin yapılması
7. Klinik ve radyografik bulgulara göre vital tedavi uygulanıp uygulanamayacağının karar verilmesi
8. Vital tedavinin uygulanabileceği olgularda doğru vital tedavi endikasyonuna karar verilmesi ve tedavinin gerçekleştirilmesi
9. Vital tedavi uygulanamayacak olgularda kanal tedavisinin uygun şekilde yapılması
10. Koroner restorasyonun uygun şekilde yapılması

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KURON KÖK KIRIĞI (BASİT) TEDAVISI
BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Ekstraoral muayene yapılması (yumuşak doku yaralanması, zedelenme, ödem vb)
2. İntraoral muayene yapılması (yumuşak dokular: ağız tabanı, damak, yanak, oral mukozada şişlik ezilme olup olmadığının kontrol edilmesi)
3. İntraoral muayene yapılması (sert dokular:tüm dişler, alveol kemiğinin muayene edilmesi)
4. Vitalite testi yapılması
5. Termal test yapılması
6. Radyografik muayenenin yapılması
7. Anestezi yapılması
8. Koroner fragmanın anestezi altında çıkarılması
9. Kırık hattı servikal bölgede ise koroner parçanın dişe kompozit rezinle yapıştırılması
10. Düzenli vitalite kontrolü yapılması

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
KURON KÖK KIRIĞI (KOMPLİKE) TEDAVISI
BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Ekstraoral muayene yapılması (yumuşak doku yaralanması, zedelenme, ödem vb)
2. İntraoral muayene yapılması (yumuşak dokular: ağız tabanı, damak, yanak, oral mukozada şişlik ezilme olup olmadığının kontrol edilmesi)
3. İntraoral muayene yapılması (sert dokular:tüm dişler, alveol kemiğinin muayene edilmesi)
4. Radyografik muayenenin yapılması
5. Anestezi yapılması
6. Koroner fragmanın anestezi altında çıkarılması
7. Cerrahi veya ortodontik ekstrüzyon endike ise pulpanın ekstirpe edilmesi
9. Kavitenin geçici olarak restore edilmesi
10. Ortodontik/cerrahi ekstrüzyon uygulanması
11. Ortodontik ekstrüzyon tamamlandıktan sonra dişin siplintlenmesi
12. Cerrahi ekstrüzyon sonrası kök kanalının şekillendirilmesi yıkanması ve kanala Ca(OH) ₂ uygulanması
13. Kanal tedavisinin tamamlanması
14. Dişin daimi restorasyonunun tamamlanması

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
TRAVMATİK EKSTRÜZYONUN TEDAVİSİ BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Ekstraoral muayene yapılması (yumuşak doku yaralanması, zedelenme, ödem vb)
2. İntraoral muayene yapılması (yumuşak dokular: ağız tabanı, damak, yanak, oral mukozada şişlik ezilme olup olmadığının kontrol edilmesi)
3. İntraoral muayene yapılması (sert dokular:tüm dişler, alveol kemiğinin muayene edilmesi)
4. Radyografik muayenenin yapılması
5. Anestezi yapılması
6. Travmatik ekstrüzyon üzerinden geçen sürenin tespit edilmesi
7. Dişin repozisyonunun yapılması
8. Pıhtı oluşan vakalarda kuvvet uygulanarak dişin repoze edilmemesi
9. Pıhtı oluşan vakalarda insizyon ve vestibül kemik rond frez ile delinerek pıhtının uzaklaştırılması
10. Pıhtı oluşan vakalarda kasti ekstraksiyon ve alveol soketinin yıkanarak pıhtının aspirasyonu
11. Radyografik kontroller ile dişin repozisyonunun doğrulanması
12.Dişin siplintlenmesi
13. Okluzyon kontrolünün yapılması
14. Pulpa nekrozu, pulpa kalsifikasyonu, kök rezorbsiyonu ve marginal. alveoler kemik kaybı açısından hastanın takip edilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
TRAVMATİK INTRÜZYONUN TEDAVİSİ BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Ekstraoral muayene yapılması (yumuşak doku yaralanması, zedelenme, ödem vb)
2. İntraoral muayene yapılması (yumuşak dokular: ağız tabanı, damak, yanak, oral mukozada şişlik ezilme olup olmadığının kontrol edilmesi)
3. İntraoral muayene yapılması (sert dokular:tüm dişler, alveol kemiğinin muayene edilmesi)
4. Radyografik kontrol ile intrüzyonun seviyesinin belirlenmesi
5. Radyografik kontrol ile dişin kök gelişiminin kontrol edilmesi
6. Anestezi yapılması
7. Kök gelişiminin tamamlanmadığı intrüze dişlerde spontan erüpsiyona karar verilmesi
8. Kök gelişimi tamamlanan dişlerde cerrahi ekstrüzyon/ortodontik ekstrüzyon ile dişin repoze edilmesi
9. Cerrahi pat ile dişin köklerin uygun pozisyonda stabilizasyonunun sağlanması
10. Dişin siplintlenmesi
11. Okluzyon kontrolünün yapılması
12. Pulpa vitalitesinin kontrolü
13. Pulpanın nekroze olduğu dişlerde kök kanal tedavisinin yapılması

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
TRAVMATİK LATERAL LÜKSASYONUN TEDAVİSİ BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Ekstraoral muayene yapılması (yumuşak doku yaralanması, zedelenme, ödem vb)
2. İntraoral muayene yapılması (yumuşak dokular: ağız tabanı, damak, yanak, oral mukozada şişlik ezilme olup olmadığının kontrol edilmesi)
3. İntraoral muayene yapılması (sert dokular:tüm dişler, alveol kemiğinin muayene edilmesi)
4. Anestezi yapılması
5. Parmak basıncıyla dişin apeksini apikal alandan ve kuru linguallardan uzaklaştırılması
6. Yer değiştirmiş kemik fragmanlarının parmak basıncı ile repoze edilmesi
7. Yaralanmış dişeti dokusunun dikişler yardımıyla adaptasyonunun sağlanması
8. Radyografik kontroller ile repozisyonun kontrol edilmesi
9. Repozisyonun geciktiği olgularda repozisyonun ortodontik olarak yapılmasına karar verilmesi
10. Dişin siplintlenmesi
11. Okluzyon kontrolünün yapılması
12. Pulpa nekrozu, pulpa kalsifikasyonu, kök rezorbsiyonu ve marginal. alveoler kemik kaybı açısından hastanın takip edilmesi

EGE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
AVULSE DİŞİN REPLANTASYONU BECERİ REHBERİ

BASAMAKLAR

1. Ekstraoral muayene yapılması (yumuşak doku yaralanması, zedelenme, ödem vb)
2. İntraoral muayene yapılması (yumuşak dokular: ağız tabanı, damak, yanak, oral mukozada şişlik ezilme olup olmadığının kontrol edilmesi)
3. İntraoral muayene yapılması (sert dokular:tüm dişler, alveol kemiğinin muayene edilmesi)
4. Dişin uygun koşullarda (tükürük, süt, su) hekime getirip getirilmediğinin öğrenilmesi
5. Radyografik kontrollerde alveol kırığı veya. soket içerisinde kemik kırığı olup olmadığının incelenmesi
6. Alveol soketi içerisinde varsa kemik kırıklarının çıkarılması ve soketin yıkanarak kan pıhtısının aspire edilmesi
7. Avülse dişin kuronundan tutularak (ön diş davyesi ile) ılık suda çalkalanması, ve kron ya da kök kırığı açısından incelenmesi
8. Dişin alveol soketi içerisine yerleştirilmesi
9. Orjinal kuron konumu incelenerek dişin okluzyon dışında kalmasının sağlanması
10.Dişin siplintlenmesi
11.Okluzyon kontrolünün yapılması
12. Toprak ile kontamine olmuş dişlerde antibiyotik reçete edilmesi ve Tetanoz aşısının yaptırılıp yaptırılmayacağına karar verilmesi
13. İki hafta sonra kök kanal tedavisine başlanması ve periradiküler iyileşme sonrası kanal tedavisinin tamamlanması
14. Rezorbsiyon açısından hastanın düzenli takip edilmesi