



EGE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
HAREKETLİ PROTEZ KULLANAN
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.15
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	00
Revizyon Numarası	00
Sayfa No	1 / 2

□ HAREKETLİ PROTEZLER

Hareketli protez, dişlerinin çoğunu ya da hepsini kaybetmiş hastalara uygulanan, hasta tarafından takılıp çıkarılabilen ve eksik dişlerin yerini tutan yapay bir aygıttır.

Doğal dişlerin tamamının olmadığı durumlarda yapılanlara tam protez (total protez) denir.

Bazı dişlerin var olduğu bazılarının da çekilmiş olduğu durumlarda yapılan takılıp çıkarılabilir protezlere kısmi (parsiyel) protez denir. Bu tip protezler, ana dişlere bağlanan kroşe denilen tellerle tutuculuk sağlarlar. Bu tel tutucuların görüldüğü ve estetik olmadığını düşünen hastalara hassas bağlantılı estetik protezler de yapılabilir.

En az ilk 2 seansı ölçü, 2-3 seans prova (iskelet metal provası ve dişli prova) sonrası protez hastaya teslim edilecek duruma gelir. Ancak hasta protezini kullanmaya başladıktan sonra, vuruk kontrolleri hastanın konforu sağlanana kadar sürdürülür. Hastaların hareketli proteze alışma ve kullanma becerilerinin gelişme süreci kişiden kişiye birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Bu süreçte hastanın hekimine ve kendine güvenmesi ve sabırlı olması gerekir.

Protezlere alışmak biraz zaman isteyen bir konudur. Bu süreçte hastaların ağızlarına ufak lokmalar alması dudaklarını açmadan yemekleri yavaş yavaş çiğnemeleri, çiğneme yaparken sağ ve sol 2 yanını da kullanmaları gerekir. Protezlerin takıldığı ilk günlerde yumuşak yiyecekler yenmesi önerilir. Total protezler ile normal ve rahat yeme işlevi genel olarak 4-6 hafta süre gerektirir. Hastaların bu süreyi hekimlerinin önerilerini dikkate alarak geçirmeleri, en önemlisi de protezlerini kullanacaklarına dair "kararlı" olmaları gerekir. Hemen pes edip protezi çıkarmamalıdır. Bu durum özellikle eski protezleri olan hastalar için söz konusudur. Çünkü en ufak vurukta hemen yenilerini çıkartıp eski protezlerini takarlarsa yeni protezlerine alışmaları çok uzun sürebilir.

Ağız Hijyeni Ve Hareketli Protez Bakımı İçin Nelere Dikkat Edilmelidir?

- Sağlıklı bir ağız, için hareketli protezin besin artıklarını her yemekten sonra temizlemek gerekir. Yemeklerden sonra çıkartılıp bol su ile yumuşak bir fırça ve sabun kullanmak yeterlidir.
- Diş protezini aşındırabilecek ve protezin cilasını bozacak ürünleri kullanmak, protezin ömrünü kısaltacaktır. Protez, deterjan ya da çamaşır suyu gibi zararlı ürünlerle temizlenmemelidir.
- Fırçalama işleminde düşüp kırılmayı önlemek için, yumuşak bir havlunun ya da su dolu bir kabın üzerinde yapılmalıdır.
- Ağız kokusu ve diş eti problemleri yaşanmaması için her akşam yatmadan önce protezin çıkarılması ağız dokusunun sağlığı yönünden gerekmektedir. Dişetlerinizin de dinlenmeye ve havalanmaya ihtiyacı vardır.
- Piyasada mevcut olan protez temizleme tabletlerinde protezlerin haftada 2 kez sabaha kadar bekletilmesi gerekmektedir. Protez temizleme tabletleri protezlerin mikroplardan arınmasına yardımcı olur. Bu sayede fırçalama ile yapılan mekanik temizliğin yanında kimyasal temizlik sağlanmış olacaktır.
- Protez ağızda olmadığı zamanlarda mutlaka su(soğuk) veya nemli bir havlu içinde bırakılmalıdır. Kuru kalmasına izin verilmemelidir.
- Her altı ayda bir kontrol amaçlı diş hekimine başvurulmalıdır.



EGE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
HAREKETLİ PROTEZ KULLANAN
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Doküman Kodu	HHD.RB.15
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	00
Revizyon Numarası	00
Sayfa No	2 / 2

Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Hasta/Hasta Yakını Bilgilendirme Formundaki açıklamaları okudum, anladım ve doğabilecek tüm komplikasyonlar hakkında bilgi edindim. Tedavimle ilgili sorularımın cevaplarını aldım. Kendim veya yakını olduğum hastam/çocuğum ile ilgili sorulan sorulara doğru bilgi verdim ve eksik bilgi bırakmadım. Tedavi sırasında ve sonrasında oluşabilecek tüm komplikasyonlarda başka bir hastaneye sevkimi kabul ediyorum.

Bana/çocuğuma/yakınıma uygulanacak tedavi/tedavilerin E. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Kliniğinde Asistan, Dr. Asistan, Uzm.Dr., Dr.Öğr.Üyesi, Doç. Dr., Prof. Dr. unvanına sahip hekimler tarafından yapılmasına, bu birimlerde çalışan yardımcı sağlık personelinin görevi alanına giren uygulamaları yapmasına, bir eğitim kurumu olan bu sağlık kuruluşunda diş hekimliği klinik öğrencilerinin "Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Hasta ve Hasta Yakını Bilgilendirme Formu" nda belirtilen tedavileri hekimlerin nezareti altında yapmasına, eğitim ve bilimsel amaçlı fotoğraf, radyografi ve video görüntülerinin alınmasına, diş ve doku parçalarının bilimsel amaçla kullanılmasına izin veriyorum. Bununla birlikte, yapılacak bazı tedavilerin 1 seansta tamamlanamayıp, birden fazla seans sürebileceğini de kabul ediyorum.

Aşağıdaki boşluğa el yazınız ile **'okudum, anladım, kabul ediyorum'** yazınız.

Tarih:.....

Hasta Adı-Soyadı:.....

Hastanın Yasal Temsilcisi(* - Yakınlık Derecesi) Adı-Soyadı:

T.C. Kimlik No'su :

İmza :

Hekimin Adı-Soyadı :

Tarih/Saat : /

İmza:.....

* Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır. (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz.)