



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

Doküman Kodu	HHD.RB.19
Yayın Tarihi	24.10.2022
Revizyon Tarihi	00
Revizyon Numarası	00
Sayfa No	1 / 2

□ **SABİT PROTEZLER**

Kron (kaplama) ve köprü uygulamaları, çürük ve aşınma gibi herhangi bir nedenle diş dokusunun kısmen ya da tamamen kaybedildiği durumlarda yapılan ve kaybedilen dişe ait boşluğu yan dişlerden destek alarak tamamlayan ya da kısmi hasar görmüş dişe tam uyum göstererek dişi her taraftan saran, sabit restorasyon türleridir. Böylelikle kalan hasarlı diş dokusu korunmuş olur. Bunun yanında estetik düzenlemelerle kabul edilir bir görüntü sağlanır ve hasarlı diş tekrar çiğneme işlevinde görev alır.

Sabit Protezler tamamı özel metal alaşımlardan (altın, krom-kobalt vb.), metal destekli porselenden veya tamamı metal alt yapısız (tam seramik ya da zirkon) olarak üretilebilir. Sabit Protez yaparken kullanılacak malzeme ağız içerisinde restorasyon yapılacak bölgenin, hastanın estetiğini etkileyecek bir bölgede mi, yoksa yüksek kuvvete maruz kalan bir bölgede mi olacağı göz önünde bulundurularak seçilir. Kullanılacak malzemeye hekim HASTANIN DA ONAMI ALINARAK karar verir.

Kron veya köprü restorasyonu ilk muayene randevusunu takiben ortalama 4 randevuda tamamlanır. (gerekirse lokal anestezi ile dişlerin hazırlanması ve ölçüsünün alınması, metal altyapı provası, estetik malzeme provası, bitim seansı.) Bu aşamalardan herhangi birinde hekimin kontrol kriterleri tam sağlanamadıysa ilgili seans tekrar edilir.

Sabit Protez Aşamaları Sırasında Dikkat Edilmesi Gerekenler;

- Her seansa, tok karnına ve kullandığınız ilaçları içmiş olarak gelin.
- Eğer yapıştırma öncesinde anestezi yapıldıysa uyuşukluk geçene kadar farkında olmadan dil, dudak, yanak gibi yumuşak dokuların ısırılıp zarar verilebileceği ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Anestezinin tamamen geçmesini beklemeden beslenmeyin.
- Sabit protezin kalıcı yapıştırılması işleminden sonra 2 saat hiçbir şey yenmemeli, çok soğuk veya sıcak içecekler içilmemelidir.
- Yapıştırma işlemini takip eden ilk 3-4 hafta süresince soğuk hassasiyet olabileceği unutulmamalıdır.

Sabit Protez Kullanırken Dikkat Edilmesi Gerekenler;

- Protezinizi çok sert nesnelere ve besinlere için kullanmayın. Fındık, fıstık kabuğu kırmak, şişe kapağı açmaya çalışmak, çeşitli metalleri eğip bükmeye çalışmak gibi sıra dışı kuvvetlerden kaçınmalısınız.
- Diş Bakımınızı İhmal Etmeyiniz. Yaygın olarak düşülen hata protez yaptırdıktan sonra nasıl olsa çürümeyecekleri için diş bakımına ihtiyaç olmayacağıdır. Protezler yapay maddeler oldukları için kendileri çürümez ama diş ve dişeti sınırındaki bakteriler iyi temizlenmezse kısa sürede dişeti çekilmeleri meydana gelecek ve kaplamaların altındaki dişler açığa çıkacak ve iyi temizlenmeyen bu kısımlarda çürüme başlayacaktır. Protezin uzun ömürlü olmasını sağlayacak en önemli etken ağız hijyenidir.
- Ağız ve protez bakımı için günde en az 2 kez etkin bir fırçalama, diş ipi ya da ara yüz fırçası, köprü gövde altlarında ise superfloss kullanımı yeterli olacaktır.
- Protez kullanan kişilerin şikayetleri olmasa bile 6 ayda bir kontrol muayenesine gitmeleri, sonradan oluşabilecek problemlerin önüne geçmek açısından gereklidir.



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

Doküman Kodu	HHD.RB.19
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.)