

PROTETİK DİŞ TEDAVİSİNDE KLİNİK YARDIMCILIĞI

Uzm. Dr. Ece İrem Oğuz

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi ABD Öğretim Görevlisi

Klinik ve Hastaların Protetik İşlemler İçin Hazırlanması

Dört elli Diş Hekimliği

- ✓ Ergonomi: enerji bilimi demek olup insan vücudunun en az enerji kullanarak ve en az yorulularak iş yapmasını hedefler. Bunun sonucunda çalışma hızı artar, yorgunluk azalır ve iş kalitesi yükselir.
- ✓ Uygun çalışma ortamının hazırlanması
- ✓ Hastanın klinik prosedür için hazırlanması
- ✓ İşlemler sırasında klinik yardımcının görevleri

Hasta kayıtlarının tutulması

- ✓ Hastaya ait bilgilerin kolay hatırlanmasını ve gerekli durumlarda bulunup bakılmasına yardımcı olur.
- ✓ Protetik tedavinin başlangıcı, ara seansları, tedavinin sonu, destek yapıların veya dişlerin prognozu hakkında bilgiler kayıt altına alınmalıdır. Dental laboratuvara ait bilgiler de hasta dosyasında yer almalıdır.
- ✓ İmplant tedavisinde; ameliyat tarihi, kemiğin tipi, implantın markası, çapı, boyu, kullanılmışsa kemik greftine ait bilgilerin kaydı tutulmalıdır.
- ✓ Bu profesyonelliğin gereğidir ve yasal sorumluluktur.

Hasta Kayıtlarının Tutulması

- Tıbbi ve dental anamnez
- Ağız ve tedavi planı
- Bilgilendirilmiş onam formu

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI

HASTA RANDEVU KARTI

ADI: SOYADI:

İLK RANDEVU:

SAAT: 9.30 13.30

RANDEVULAR (296 57 22)

	TARİH	SAAT	TARİH	SAAT
1			8	
2			9	
3			10	
4			11	
5			12	
6			13	
7			14	

STJ. HEKİM / SOR ASİSTAN

T.C.
Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı
Kurun Köprü Protezlerinin Sökülmesi İçin Hasta Bilgilendirme Onam Formu

SABİT PROTEZ SÖKÜMÜ

Ağızda var olan protezlerinizin yenilenmesi veya protezin altındaki doğal dişlerde oluşan sorunlar nedeniyle sabit protezlerin çıkarılması gerekebilir. Sabit protezin sökümü işlemi sırasında çeşitli aletler ile darbe veya titreşim şeklinde proteze yerinden çıkarıcı kuvvet uygulanır. Uygulanan kuvvet sizde rahatsızlık ve ağrı hissi oluşturabilir. Söküm sırasında alet kayabilir ve yumuşak dokularımıza zarar verebilir. Uygulama sırasında ağrı duymamanız için lokal anestezi yapılabilir ve buna bağlı çeşitli komplikasyonlar (alerji, geçici yüz felci, yüzde kızarma, morarma, şişme vb) gelişebilir. Sökülen sabit protezin ağıza düşmesi sonucu kontrolsüz bir şekilde yutulması veya soluk borusuna kaçırılması gibi istenmeyen durumlarla karşılaşılabilir. Söküm işlemi sırasında protezinizde kırılmalar, bozulmalar veya eğilmeler oluşabilir. Protezin altındaki doğal dişler kırılabilir veya protezle birlikte yerinden çıkabilir. Bu durumda tedavi planı değişebilir ve bu durumdan doğacak ek ücretler hastaya aittir. Söküm sırasında meydana gelebilecek hasarlar veya dişlerin fazla zarar görmemesi için köprüütün kesilerek çıkarılması hallerinde mevcut proteziniz tekrar kullanılmayacak hale gelebilir ve yenilenmesi gerekebilir. Protezin tekrar kullanılmayacağı durumlarda söküm sonrası destek dişlerin korunması için geçici protez yapımı gereklidir. Protezin komple yenilenmesi ve/veya geçici protez yapımı için gereken ek ücret hasta tarafından karşılanır.

2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde öğrencilere "yetkililer gözetiminde diş, ağız, çene ve çevre dokularla ilgili hastalık ve anomallilerin teşhis, tedavi ve korunuculuğunu içeren tüm aktivitelerin yürütülebileceği düzeyde gerekli becerilerin verileceği uygun klinik eğitimi ile deneyim sahibi olmaları" kapsamında uygulamalı eğitim hizmeti verilmektedir. Bu nedenle uygulamalı eğitim bünyesinde tarafınıza verilecek sağlık hizmetlerinde öğrencilerimiz görev alabilmektedir.

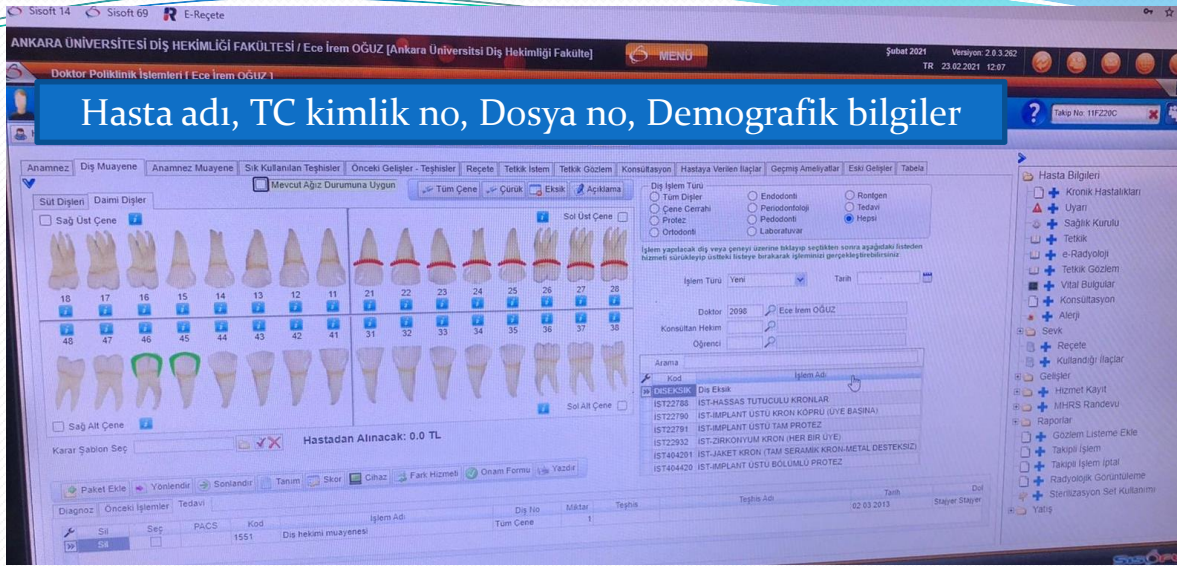
Yukarıda yazılı olan açıklamaları okudum, anladım. Tedavimle ilgili olarak merak ettiğim tüm soruları sordum ve beni tatmin edecek şekilde gerekli bilgilendirme yapıldı. Tedavim sırasında veya sonrasında oluşabilecek muhtemel riskleri biliyor ve uygulanacak tedaviyi gönüllü olarak kabul ediyorum.

Hasta / Hastanın Yasal Temsilcisi	Bilgilendirmeyi yapan hekim	Tercüman (kullanılması halinde)
(*) Yakınlık Derecesi : TC Kimlik No: Protokol/Dosya No: Adı Soyadı : Tarih Saat : İmza	Adı Soyadı : Tarih Saat : İmza	Adı Soyadı : Tarih Saat : İmza

(*) Yasal temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. Derece kanımı mirasçılardır (Yakınlık derecesi belirtilmelidir).

Hasta Kayıtlarının Tutulması

- ✓ Anamnez bilgilerinin kaydedilmesi
- ✓ Dental anamnezin kaydedilmesi
- ✓ Adres ve kişisel bilgilerin kaydedilmesi
- ✓ Muayene sırasında muayene şartlarını en iyi duruma getirmek yardımcı personelin görevidir.
- ✓ Teşhis ve tedavi planı yapılırken hekim sadece hastaya odaklanmalı bu işlemler yardımcı personel tarafından yapılmalıdır.



HASTA DOSYASI

Sistemik Hastalıklar:



T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Lütfen Dosyanızı Kaybarmeyiniz.

Açıklamalar:

- Dosya üzerindeki bilgileri doğruluğunu kontrol ediniz.
- Fakültemize her gelişinizde bu dosya ve tanıtım kartınız ile müracaat ediniz.

Sevkinizin Geçerlilik Süresi:

1- AĞIZ DIŞ ve ÇENE RADYOLOJİSİ

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

2- ENDODONTİ

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

3- AĞIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ

55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65
18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75

4- PERİODONTOLOJİ

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

ORTODONTİ

5- DIŞ HASTALIKLARI ve TEDAVİSİ

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

6- PROTETİK DIŞ TEDAVİSİ (KRON-KÖPRÜ)

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

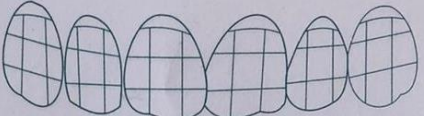




7- PROTETİK DIŞ TEDAVİSİ (TOTAL-PARSİYEL)




18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

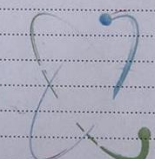
8- İMPLANT

Doktor:

Laboratuvar ile iletişim

Diş Hekimi:	Kayıt No:	Diş rengi:
Hasta Adı:	Yüz Şekli: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Yaşı:	Bay <input checked="" type="checkbox"/> Bayan <input type="checkbox"/>	
Alaşım: <input type="checkbox"/> Titanyum <input type="checkbox"/> Değerli Metal <input type="checkbox"/> Crco <input type="checkbox"/> Zircon		
Hareketli Protezler: <input type="checkbox"/> İskelet <input type="checkbox"/> Cıco <input type="checkbox"/> Zircon <input type="checkbox"/> Asetal (Dental D)		
<input type="checkbox"/> Hassas Bağ <input type="checkbox"/> Ortodont <input type="checkbox"/> Digital D Kapsle <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Deflex <input type="checkbox"/> İsk. Tamir <input type="checkbox"/> Total Tamir		
Sabit Protezler: <input type="checkbox"/> Porselen <input type="checkbox"/> Crco <input type="checkbox"/> Metal Milling <input type="checkbox"/> Lazer Sintering		
<input type="checkbox"/> Biodent <input type="checkbox"/> Bio plus <input type="checkbox"/> Duropont <input type="checkbox"/> Vita zeta <input type="checkbox"/> Full kron <input type="checkbox"/> Pivo <input type="checkbox"/> Zircon Cad-Cam <input type="checkbox"/> Ceramil <input type="checkbox"/> Impress <input type="checkbox"/> Post Core <input type="checkbox"/> Pivo Cap		
İstekler:	Açıklamalar:	
<input type="checkbox"/> Tüm kaplama (ful estetik)		
<input type="checkbox"/> 3/4 Çiğneyici yüz metal		
<input type="checkbox"/> Dil taraf metal kenarı		
<input type="checkbox"/> Çiğneyici yüz metal		
<input type="checkbox"/> Metal kenar.....mm. libial/bukkal		
<input type="checkbox"/> Kesim basamaklı		
<input type="checkbox"/> Köprü gövdesini kazıyınız		
<input type="checkbox"/> Papilla serbest bırakınız		
Randevu		
Model		
Kapanış şablonu		
Fonksiyonel kaşık		
Metal Prova		
İskelet Prova		
Kapsion prova		
Alt yapı prova		
Dentin prova		
Dişli prova		
Bitiş		
Köprü gövdesinin şekillendirilmesi:		
   		
Laboratuvardan çıkış tarihi:		

Tarih :/...../202.....	
Hekim Adı :	
Hasta Adı :	
Üye Sayısı :	Diş Rengi :
Alt Yapı Tarihi :	Saat :
Üst Yapı Tarihi :	Saat :
Bitim Tarihi :	Saat :
	

Sabit Protez	Hareketli Protez	İmediyat Protez	Hassas Tutucular	Diş
Metal <input type="checkbox"/>	Metal İskelet Döküm <input type="checkbox"/>	Baryum Sulfatlı Protez <input type="checkbox"/>	EM 1 <input type="checkbox"/>	Vita <input type="checkbox"/>
Zirkon <input type="checkbox"/>	İvocap <input type="checkbox"/>	Gece Plağı Yumuşak <input type="checkbox"/>	ASC 52 <input type="checkbox"/>	Ivoclar <input type="checkbox"/>
3M Lava <input type="checkbox"/>	Normal Akri (Total) <input type="checkbox"/>	Seri <input type="checkbox"/>	Ceko <input type="checkbox"/>	Integral <input type="checkbox"/>
Impress <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	FM3 <input type="checkbox"/>	Artış <input type="checkbox"/>
Lamina <input type="checkbox"/>	Hibrit <input type="checkbox"/>	Besleme <input type="checkbox"/>	Breden Topuz / Dikey Sürge <input type="checkbox"/>	Majör <input type="checkbox"/>
Cintel <input type="checkbox"/>	All on Four <input type="checkbox"/>	Tamir <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Wak-up <input type="checkbox"/>	Bredem-Polyan <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
Geçici Kron <input type="checkbox"/>	Bre-Flexible <input type="checkbox"/>			
Diğer <input type="checkbox"/>	Bre-Dentoplast <input type="checkbox"/>			
	Diğer <input type="checkbox"/>			
Açıklamalar	Açıklamalar			
				



COVID-19' A İLİŞKİN
DİŞ HASTALIKLARI TEDAVİSİ BİLGİLENDİRME VE
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU



Dok. No	HB.FR.81	Yürürlük Tarihi	16.03.2020	Rev. Tar/No	00.00.0000 / 00	Sayfa No	1 / 2
---------	----------	-----------------	------------	-------------	-----------------	----------	-------

Sayın hasta/velisi/vasisi,

- Bu belge, işlem esaslı alınan aydınlatılmış onamlara ek olarak Pandemi (Salgın) sürecine özel ayrıca hazırlanmıştır. Lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Bu açıklamaların amacı; sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu süreçte sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.
- Tanısal girişimlerin, tıbbi ve cerrahi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İstedığınız zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız "tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması" şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.
- Mevcut sistemik hastalıklar, alerjiler, kullanılan ilaçlar ve genel sağlık durumu ile ilgili olarak hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanız veya beyan etmemenizden kaynaklanacak sorumluluk size aittir.

1. BİLGİLENDİRME

Dünyada ve Ülkemizde bulunan COVID-19 hastalığı ile ilgili şüpheli temasınız olması hem kendi sağlığınız hem de hastalığın bulaştırıcılık özelliği nedeniyle halk sağlığı açısından önemlidir.

Ağız ve diş muayene ve tedavisi olmadan önce aşağıdaki bilgileri kontrol ederek doğruluğunu onaylamanız gerekmektedir:

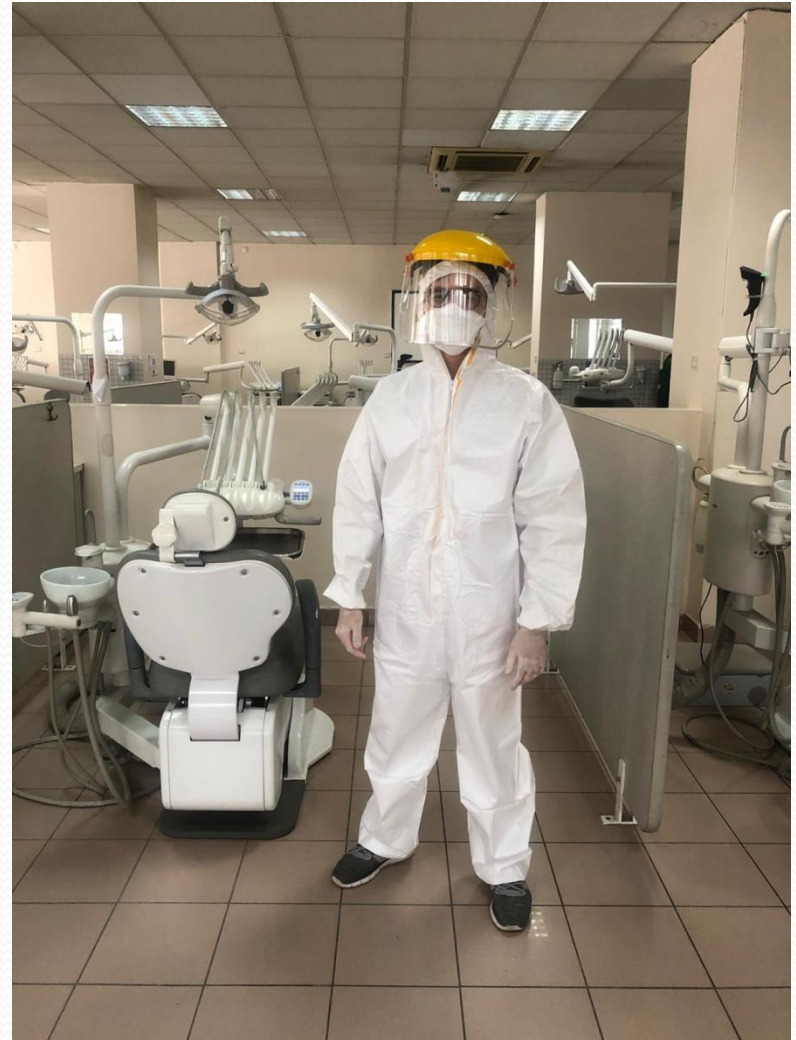
- A)** Son 14 gün içinde COVID-19 vakalarının yoğun olarak görüldüğü ülkelerden birine seyahat öyküm yoktur.
- B)** Son 14 gün içinde ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük, boğaz ağrısı, nazal konjesyon (burun akıntısı), nefes darlığı şikayetim yoktur.
- C)** Evimde, yakın çevremde son 14 gün içinde yurtdışı seyahat öyküsü olan ve son 14 gün içinde ateş, öksürük, burun akıntısı, balgam, nefes darlığı olan kimse yoktur.
- D)** Bu pandemi (salgın) sürecinde diş tedavilerimin daha kısa sürede ve daha az seansta yapılması için daha kesin ve radikal yöntemlerin öncelikle uygulanmasına rıza gösteriyorum; bundan kaynaklı oluşabilecek komplikasyonlar veya problemler konusunda uyarıldığımı onaylıyor ve kendi rızamla tümünü kabul ediyorum.
- E)** Ayrıca kurumunuzda her ne kadar klinik şartlarda dezenfeksiyon ve sterilizasyon sağlanmış olsa, bulaşı önlemek adına tüm tedbirler alınmış olsa da diş tedavileri sırasında virüs bulaşma riskinin mevcut olduğunu biliyorum. Oluşacak bir hastalık durumunda kişi ve kurumlardan hiçbir hak ve talepte bulunmayacağımı kendi rızamla beyan ediyorum.

Kliniğin hazırlanması

- Covid-19 Salgını Nedeniyle Kliniklerde Uyulması Gereken Dental İşlemler Prosedürü: TDB
- Kişisel koruyucu ekipman
- Giyim sırası: Önlük-maske-gözlük-yüz koruyucu-eldiven
- Çıkarma sırası: Eldiven-gözlük-yüz koruyucu-önlük-maske
- Klinik ortamlarda en basit işlemler sırasında bile mutlaka klinik kıyafeti giyilmelidir!!

Kişisel koruyucu ekipman





- Aerosol yaratacak işlemler

Sterilizasyon-dezenfeksiyon



- Her işlem sonrasında ve hasta odadan ayrıldıktan sonra çalışma alanı ve çevresinin temizliği ve dezenfeksiyonunu takiben ortam havalandırılmalıdır. (Kapı kolları, çekmece kulpları, tedavide kullanılan alet ve cihazlar v.b)
- Hasta tedavisi esnasında klinikte bulunan tüm yardımcı personel uygun kişisel koruyucu ekipmanları ile hazır bulunmalıdır.
- Yüzeyler (ünit tablası, hortumlar, tetiyer, reflektör kolu v.b) hızlı yüzey dezenfektanı sıkılmış gazlı bez veya dezenfektan mendil ile (İlk mendille yüzey temizlenir; sonra atılır; ikinci bir mendille yüzey yine silinir ve dezenfektanın etkisi için beklenir) temizden kirliye doğru silinmelidir.

Kliniğin hazırlanması

- Temel muayene seti
- Paketlerin hasta yanında açılması ve tabla üzerine yerleştirilmesi
- Bardak
- Uygulanacak işleme uygun malzemenin hazırlanması



Diş preperasyonu: frezler, suction, aerotor, angıldruva, mikromotor
Ölçü: retraksiyon kordu, fabrikasyon kaşıklar, ölçü malzemeleri, CAD/CAM

Simantasyon: siman → cam, spatül ?

Laboratuvardan gelen işin paketinden çıkarılarak hazır edilmesi

Hastanın hazırlanması

- Hastanın ünite alınması- özel eşyalar, yer gösterilmesi, tetiyer başlığının ayarlanması
- Hasta önlüğü
- İşlem öncesi hastalara %1 hidrojen peroksit veya % 0.2 povidon iodine içeren gargara yaptırılmalıdır!!
- Çalışma alanının aydınlatılması-reflektörün kontrolü
- Muayene seti



Konumlanma

- Hasta, hekim ve yardımcı personel
- Yapılan işleme ve diş numarasına göre konum değişebilir.
- Çalışma ekibi hastaya mümkün olan en yakın pozisyonda oturmalıdır.
- Uygun çalışma pozisyonları oluşturulmalıdır. Dik oturarak başı çok fazla eğmemek ve yere düz basmak önemlidir.

Dört Elli Diş Hekimliğinde Yardımcı Personel ve Klinik Yöntemi;
Prof. Dr. Mehmet Ali Kılıçarslan
Palme Kitabevi



Teşekkür ederim.



E-mail: eikiyan@ankara.edu.tr