



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ A.D.
KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ DEFTERİ

Doküman Kodu	EÖF.YD.06
Yayın Tarihi	21.08.2025
Revizyon No	-
Revizyon Tarihi	.../.../.....
Sayfa	1/12

BOLU ABANT İZZET BAYSAL
ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ENDODONTİ ANABİLİM DALI
20.../20... EĞİTİM ÖĞRETİM YILI
KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ DEFTERİ

<i>Öğrencinin</i> Adı ve Soyadı : Sınıfı : Numarası : Klinik Uygulama Grubu : Klinik Uygulama Tarihleri :	Fotoğraf
--	----------

ENDODONTİ

KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ

Endodonti klinik işleyişi ile ilgili tarafınıza ulaştırılan kuralları okumanız ve tüm işlem adımlarını istisnasız olarak uygulamanız gerçekleştireceğiniz tedavi için önem taşımaktadır.

Klinik işleyişine ve kurallarla ilgili metni okudum.

Öğrencinin:

Adı-Soyadı:

İmza:

KÖK KANAL TEDAVİSİ (PULPEKTOMİ)

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐

Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐

Radyolusent ☐

Radyoopak Miks ☐

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
.../.../20...		Lokal Anestezi Uygulaması	
.../.../20...		Giriş Kavitesi	
.../.../20...		Rubberdam Uygulaması	
.../.../20...		Çalışma Boyunun Belirlenmesi Aletli Film ☐ Elektronik Apeks Bulucu ☐	
.../.../20...		Kök Kanal Şekillendirmesi Döner Alet Sistemleri ile ☐ El Aletleri ile ☐	
.../.../20...		Ana Konlu Film	
.../.../20...		Yan Konlu Dolum Filmi	
.../.../20...		Gutta Kesimi	
.../.../20...		Matriks Bandı / Üst Restorasyon ☐ Geçici Restorasyon ☐ Kanal içi Post Uygulanması ☐	
.../.../20...		Bitim Filmi	
.../.../20...		Kök Kanal Tedavisinin Tamamlanamadığı ya da Gerekmediği Özel Durumlar	
.../.../20...		Okluzyon Kontrolünün Yapılması	
.../.../20...		Kanal içi ya da İntraoral Drenaj Yapılması	

KÖK KANAL TEDAVİSİ (PULPEKTOMİ)

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐

Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐

Radyolusent ☐

Radyopak Miks ☐

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
.../.../20...		Lokal Anestezi Uygulaması	
.../.../20...		Giriş Kavitesi	
.../.../20...		Rubberdam Uygulaması	
.../.../20...		Çalışma Boyunun Belirlenmesi Aletli Film ☐ Elektronik Apeks Bulucu ☐	
.../.../20...		Kök Kanal Şekillendirmesi Döner Alet Sistemleri ile ☐ El Aletleri ile ☐	
.../.../20...		Ana Konlu Film	
.../.../20...		Yan Konlu Dolu Film	
.../.../20...		Gutta Kesimi	
.../.../20...		Matriks Bandı / Üst Restorasyon ☐ Geçici Restorasyon ☐ Kanal içi Post Uygulanması ☐	
.../.../20...		Bitim Filmi	
.../.../20...		Kök Kanal Tedavisinin Tamamlanamadığı ya da Gerekmediği Özel Durumlar	
.../.../20...		Okluzyon Kontrolünün Yapılması	
.../.../20...		Kanal içi ya da İntraoral Drenaj Yapılması	

KÖK KANAL TEDAVİSİ (PULPEKTOMİ)

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐

Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐

Radyolusent ☐

Radyopak Miks ☐

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
.../.../20...		Lokal Anestezi Uygulaması	
.../.../20...		Giriş Kavitesi	
.../.../20...		Rubberdam Uygulaması	
.../.../20...		Çalışma Boyunun Belirlenmesi Aletli Film ☐ Elektronik Apeks Bulucu ☐	
.../.../20...		Kök Kanal Şekillendirmesi Döner Alet Sistemleri ile ☐ El Aletleri ile ☐	
.../.../20...		Ana Konlu Film	
.../.../20...		Yan Konlu Dolum Filmi	
.../.../20...		Gutta Kesimi	
.../.../20...		Matriks Bandı / Üst Restorasyon ☐ Geçici Restorasyon ☐ Kanal içi Post Uygulanması ☐	
.../.../20...		Bitim Filmi	
.../.../20...		Kök Kanal Tedavisinin Tamamlanamadığı ya da Gerekmediği Özel Durumlar	
.../.../20...		Okluzyon Kontrolünün Yapılması	
.../.../20...		Kanal içi ya da İntraoral Drenaj Yapılması	

KÖK KANAL TEDAVİSİ (PULPEKTOMİ)

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐

Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐

Radyolusent ☐

Radyoopak Miks ☐

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
.../.../20...		Lokal Anestezi Uygulaması	
.../.../20...		Giriş Kavitesi	
.../.../20...		Rubberdam Uygulaması	
.../.../20...		Çalışma Boyunun Belirlenmesi Aletli Film ☐ Elektronik Apeks Bulucu ☐	
.../.../20...		Kök Kanal Şekillendirmesi Döner Alet Sistemleri ile ☐ El Aletleri ile ☐	
.../.../20...		Ana Konlu Film	
.../.../20...		Yan Konlu Dolum Filmi	
.../.../20...		Gutta Kesimi	
.../.../20...		Matriks Bandı / Üst Restorasyon ☐ Geçici Restorasyon ☐ Kanal içi Post Uygulanması ☐	
.../.../20...		Bitim Filmi	
.../.../20...		Kök Kanal Tedavisinin Tamamlanamadığı ya da Gerekmediği Özel Durumlar	
.../.../20...		Okluzyon Kontrolünün Yapılması	
.../.../20...		Kanal içi ya da İntraoral Drenaj Yapılması	

KÖK KANAL TEDAVİSİ (PULPEKTOMİ)

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐

Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐

Radyolusent ☐

Radyoopak Miks ☐

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
.../.../20...		Lokal Anestezi Uygulaması	
.../.../20...		Giriş Kavitesi	
.../.../20...		Rubberdam Uygulaması	
.../.../20...		Çalışma Boyunun Belirlenmesi Aletli Film ☐ Elektronik Apeks Bulucu ☐	
.../.../20...		Kök Kanal Şekillendirmesi Döner Alet Sistemleri ile ☐ El Aletleri ile ☐	
.../.../20...		Ana Konlu Film	
.../.../20...		Yan Konlu Dolum Filmi	
.../.../20...		Gutta Kesimi	
.../.../20...		Matriks Bandı / Üst Restorasyon ☐ Geçici Restorasyon ☐ Kanal içi Post Uygulanması ☐	
.../.../20...		Bitim Filmi	
.../.../20...		Kök Kanal Tedavisinin Tamamlanamadığı ya da Gerekmediği Özel Durumlar	
.../.../20...		Okluzyon Kontrolünün Yapılması	
.../.../20...		Kanal içi ya da İntraoral Drenaj Yapılması	

KÖK KANAL TEDAVİSİ (PULPEKTOMİ)

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐

Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐

Radyolusent ☐

Radyoopak Miks ☐

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
.../.../20...		Lokal Anestezi Uygulaması	
.../.../20...		Giriş Kavitesi	
.../.../20...		Rubberdam Uygulaması	
.../.../20...		Çalışma Boyunun Belirlenmesi Aletli Film ☐ Elektronik Apeks Bulucu ☐	
.../.../20...		Kök Kanal Şekillendirmesi Döner Alet Sistemleri ile ☐ El Aletleri ile ☐	
.../.../20...		Ana Konlu Film	
.../.../20...		Yan Konlu Dolum Filmi	
.../.../20...		Gutta Kesimi	
.../.../20...		Matriks Bandı / Üst Restorasyon ☐ Geçici Restorasyon ☐ Kanal içi Post Uygulanması ☐	
.../.../20...		Bitim Filmi	
.../.../20...		Kök Kanal Tedavisinin Tamamlanamadığı ya da Gerekmediği Özel Durumlar	
.../.../20...		Okluzyon Kontrolünün Yapılması	
.../.../20...		Kanal içi ya da İntraoral Drenaj Yapılması	

KÖK KANAL TEDAVİSİ (PULPEKTOMİ)

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐

Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐

Radyolusent ☐

Radyoopak Miks ☐

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilitate: var ☐ yok ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
.../.../20...		Lokal Anestezi Uygulaması	
.../.../20...		Giriş Kavitesi	
.../.../20...		Rubberdam Uygulaması	
.../.../20...		Çalışma Boyunun Belirlenmesi Aletli Film ☐ Elektronik Apeks Bulucu ☐	
.../.../20...		Kök Kanal Şekillendirmesi Döner Alet Sistemleri ile ☐ El Aletleri ile ☐	
.../.../20...		Ana Konlu Film	
.../.../20...		Yan Konlu Dolum Filmi	
.../.../20...		Gutta Kesimi	
.../.../20...		Matriks Bandı / Üst Restorasyon ☐ Geçici Restorasyon ☐ Kanal içi Post Uygulanması ☐	
.../.../20...		Bitim Filmi	
.../.../20...		Kök Kanal Tedavisinin Tamamlanamadığı ya da Gerekmediği Özel Durumlar	
.../.../20...		Okluzyon Kontrolünün Yapılması	
.../.../20...		Kanal içi ya da İntraoral Drenaj Yapılması	

KÖK KANAL TEDAVİSİ (PULPEKTOMİ)

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐

Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐

Radyolusent ☐

Radyoopak Miks ☐

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
.../.../20...		Lokal Anestezi Uygulaması	
.../.../20...		Giriş Kavitesi	
.../.../20...		Rubberdam Uygulaması	
.../.../20...		Çalışma Boyunun Belirlenmesi Aletli Film ☐ Elektronik Apeks Bulucu ☐	
.../.../20...		Kök Kanal Şekillendirmesi Döner Alet Sistemleri ile ☐ El Aletleri ile ☐	
.../.../20...		Ana Konlu Film	
.../.../20...		Yan Konlu Dolum Filmi	
.../.../20...		Gutta Kesimi	
.../.../20...		Matriks Bandı / Üst Restorasyon ☐ Geçici Restorasyon ☐ Kanal içi Post Uygulanması ☐	
.../.../20...		Bitim Filmi	
.../.../20...		Kök Kanal Tedavisinin Tamamlanamadığı ya da Gerekmediği Özel Durumlar	
.../.../20...		Okluzyon Kontrolünün Yapılması	
.../.../20...		Kanal içi ya da İntraoral Drenaj Yapılması	

KÖK KANAL TEDAVİSİ (PULPEKTOMİ)

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐

Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐

Radyolusent ☐

Radyopak Miks ☐

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
.../.../20...		Lokal Anestezi Uygulaması	
.../.../20...		Giriş Kavitesi	
.../.../20...		Rubberdam Uygulaması	
.../.../20...		Çalışma Boyunun Belirlenmesi Aletli Film ☐ Elektronik Apeks Bulucu ☐	
.../.../20...		Kök Kanal Şekillendirmesi Döner Alet Sistemleri ile ☐ El Aletleri ile ☐	
.../.../20...		Ana Konlu Film	
.../.../20...		Yan Konlu Dolu Film	
.../.../20...		Gutta Kesimi	
.../.../20...		Matriks Bandı / Üst Restorasyon ☐ Geçici Restorasyon ☐ Kanal içi Post Uygulanması ☐	
.../.../20...		Bitim Filmi	
.../.../20...		Kök Kanal Tedavisinin Tamamlanamadığı ya da Gerekmediği Özel Durumlar	
.../.../20...		Okluzyon Kontrolünün Yapılması	
.../.../20...		Kanal içi ya da İntraoral Drenaj Yapılması	

KÖK KANAL TEDAVİSİ (PULPEKTOMİ)

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐

Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐

Radyolusent ☐

Radyoopak Miks ☐

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
.../.../20...		Lokal Anestezi Uygulaması	
.../.../20...		Giriş Kavitesi	
.../.../20...		Rubberdam Uygulaması	
.../.../20...		Çalışma Boyunun Belirlenmesi Aletli Film ☐ Elektronik Apeks Bulucu ☐	
.../.../20...		Kök Kanal Şekillendirmesi Döner Alet Sistemleri ile ☐ El Aletleri ile ☐	
.../.../20...		Ana Konlu Film	
.../.../20...		Yan Konlu Dolu Film	
.../.../20...		Gutta Kesimi	
.../.../20...		Matriks Bandı / Üst Restorasyon ☐ Geçici Restorasyon ☐ Kanal içi Post Uygulanması ☐	
.../.../20...		Bitim Filmi	
.../.../20...		Kök Kanal Tedavisinin Tamamlanamadığı ya da Gerekmediği Özel Durumlar	
.../.../20...		Okluzyon Kontrolünün Yapılması	
.../.../20...		Kanal içi ya da İntraoral Drenaj Yapılması	

KÖK KANAL TEDAVİSİ (PULPEKTOMİ)

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐

Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐

Radyolusent ☐

Radyopak Miks ☐

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
.../.../20...		Lokal Anestezi Uygulaması	
.../.../20...		Giriş Kavitesi	
.../.../20...		Rubberdam Uygulaması	
.../.../20...		Çalışma Boyunun Belirlenmesi Aletli Film ☐ Elektronik Apeks Bulucu ☐	
.../.../20...		Kök Kanal Şekillendirmesi Döner Alet Sistemleri ile ☐ El Aletleri ile ☐	
.../.../20...		Ana Konlu Film	
.../.../20...		Yan Konlu Dolum Filmi	
.../.../20...		Gutta Kesimi	
.../.../20...		Matriks Bandı / Üst Restorasyon ☐ Geçici Restorasyon ☐ Kanal içi Post Uygulanması ☐	
.../.../20...		Bitim Filmi	
.../.../20...		Kök Kanal Tedavisinin Tamamlanamadığı ya da Gerekmediği Özel Durumlar	
.../.../20...		Okluzyon Kontrolünün Yapılması	
.../.../20...		Kanal içi ya da İntraoral Drenaj Yapılması	

KÖK KANAL TEDAVİSİ (PULPEKTOMİ)

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐

Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐

Radyolusent ☐

Radyoopak Miks ☐

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
.../.../20...		Lokal Anestezi Uygulaması	
.../.../20...		Giriş Kavitesi	
.../.../20...		Rubberdam Uygulaması	
.../.../20...		Çalışma Boyunun Belirlenmesi Aletli Film ☐ Elektronik Apeks Bulucu ☐	
.../.../20...		Kök Kanal Şekillendirmesi Döner Alet Sistemleri ile ☐ El Aletleri ile ☐	
.../.../20...		Ana Konlu Film	
.../.../20...		Yan Konlu Dolum Filmi	
.../.../20...		Gutta Kesimi	
.../.../20...		Matriks Bandı / Üst Restorasyon ☐ Geçici Restorasyon ☐ Kanal içi Post Uygulanması ☐	
.../.../20...		Bitim Filmi	
.../.../20...		Kök Kanal Tedavisinin Tamamlanamadığı ya da Gerekmediği Özel Durumlar	
.../.../20...		Okluzyon Kontrolünün Yapılması	
.../.../20...		Kanal içi ya da İntraoral Drenaj Yapılması	

KUAFAJ

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :**İntraoral / Ekstraoral Bulgular:**

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐ Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐ Radyolusent ☐ Radyopak Miks ☐

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
..../...../20....		Giriş Kavitesi	
..../...../20....		Rubberdam Uygulaması	
..../...../20....		Kavite Sterilizasyonunun ve Kanama Kontrolünün Sağlanması	
..../...../20....		Matriks Bandı/ Kuafaj Materyali Uygulaması	
..../...../20....		Üst Restorasyon	

KUAFAJ

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐ Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐ Radyolusent ☐ Radyopak Miks ☐

Tanı:

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
..../...../20....		Giriş Kavitesi	
..../...../20....		Rubberdam Uygulaması	
..../...../20....		Kavite Sterilizasyonunun ve Kanama Kontrolünün Sağlanması	
..../...../20....		Matriks Bandı/ Kuafaj Materyali Uygulaması	
..../...../20....		Üst Restorasyon	

KUAFAJ

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilitate: var ☐ yok ☐

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐ Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐ Radyolusent ☐ Radyopak Miks ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
..../...../20....		Giriş Kavitesi	
..../...../20....		Rubberdam Uygulaması	
..../...../20....		Kavite Sterilizasyonunun ve Kanama Kontrolünün Sağlanması	
..../...../20....		Matriks Bandı/ Kuafaj Materyali Uygulaması	
..../...../20....		Üst Restorasyon	

KUAFAJ

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐ Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐ Radyolusent ☐ Radyopak Miks ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
..../...../20....		Giriş Kavitesi	
..../...../20....		Rubberdam Uygulaması	
..../...../20....		Kavite Sterilizasyonunun ve Kanama Kontrolünün Sağlanması	
..../...../20....		Matriks Bandı/ Kuafaj Materyali Uygulaması	
..../...../20....		Üst Restorasyon	

KUAFAJ

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐ Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐ Radyolusent ☐ Radyopak Miks ☐

İntraoral/ Ekstraoral Bulgular:

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
..../...../20....		Giriş Kavitesi	
..../...../20....		Rubberdam Uygulaması	
..../...../20....		Kavite Sterilizasyonunun ve Kanama Kontrolünün Sağlanması	
..../...../20....		Matriks Bandı/ Kuafaj Materyali Uygulaması	
..../...../20....		Üst Restorasyon	

KUAFAJ

HASTANIN:

Adı Soyadı : _____
TC No : _____
Yaşı : _____
Telefonu : _____

Klinik Bulgular

Perküsyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Palpasyonda Ağrı: var ☐ yok ☐
Termal Duyarlılık: soğuk ☐ sıcak ☐
Elektrikli Pulpa Testi Skalası: __ Kontrol Diş: __
Mobilite: var ☐ yok ☐

Onam Formu ☐

Medikal Anamnez :

İntraoral / Ekstraoral Bulgular:

Konsültasyon İsteği: Gerekli ☐ Gerekli Değil ☐

Dental Anamnez:

Teşhis Periapikal Radyografisi ☐

Radyografik Muayene Bulguları:

Periodontal Ligament Aralığının Genişlemesi ☐

Lamina Duranın Kalınlaşması ☐ Lamina Duranın Kaybı ☐

Periapikal Lezyon: Yok ☐ Radyolusent ☐ Radyopak Miks ☐

Tanı:

Tarih	Diş No	Yapılan Tedavi	Nöbetçi Hekim Onayı
..../...../20....		Giriş Kavitesi	
..../...../20....		Rubberdam Uygulaması	
..../...../20....		Kavite Sterilizasyonunun ve Kanama Kontrolünün Sağlanması	
..../...../20....		Matriks Bandı/ Kuafaj Materyali Uygulaması	
..../...../20....		Üst Restorasyon	

KLİNİK UYGULAMA SONUCUNDA GERÇEKLEŞTİRİLEN BÜTÜN İŞLEMLER;

- _____ adet kök kanal tedavisi
- _____ adet kuafaj tedavisi
- _____ adet retreatment
- _____ adet post uygulaması
- _____ adet komplikasyon tedavisi

Prosedürel hatalar:

Dezenfeksiyon/ Sterilizasyon/ İzolasyon eksikliği:

Alet Kırığı:

Perforasyon:

Transportasyon:

Sodyum Hipoklorit/ EDTA ekstrüzyonu:

Hoca ya da asistan onayı almadan aşama atlanması, işleme başlanması / bitirilmesi

SORUMLU ÖĞRETİM ÜYESİ