|  |  |
| --- | --- |
| **HASTANIN ADI SOYADI** |  |
| **DOSYA**  **NUMARASI/ TC KİMLİK NO** |  |
| **DOKTOR ADI ADI SOYADI** |  |
| **TARİH** |  |
| Tedaviniz için size uygulanacak yöntem hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Uygulanacak tedavinin yararlarını ve olası komplikasyonlarını öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır. Bu açıklamanın amacı sağlığınızla ilgili konularda sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.  Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.), bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi), kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa, astım ve herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir.  Bu onam formu size/hastanıza anlatılan ve uygulanacak olan tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, işlem/lerden beklenen yararları, olası yan etkileri, alternatif tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri, bu işlem/ler gerçekleştirilmez ise hangi sonuçlara yol açabileceği gibi konularda sizi aydınlatmak ve rızanızı almak için hazırlanmıştır. Bu formu okuyup, imzalayarak işlem konusunda aydınlatıldığınızı ve işlemin yapılmasına özgür iradenizle onay verdiğinizi beyan etmektesiniz. Form içerisinde anlamadığınız noktaları doktorunuza sorabilirsiniz. | |
| **1)KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ (LOKAL ANESTEZİ)** | |
| İnsan vücudunda his iletimi yapan sinirlerin, belirli bir bölgesinin, anestezik maddelerle (lidokain, mepivikain vb.) geçici süre iletim yapılmasının engellenmesi olarak kısaca tarif edilebilir.  Diş hekimliğinde kullanılan lokal anestezi sonucu oluşan his kaybı süresi, kullanılan anestezik maddeye, anestezinin uygulandığı bölgeye ve kişinin anatomik yapısına göre, 1-4 saat arasında değişiklik gösterir.  Anestezi sonucu fasiyal paralizi (geçici yüz felci), amfizem (yüzde şişlik), hematom (yüzde kızarma, morarma) trismus (ağzın açılamaması), enjektör iğnesinin kırılması, anestezinin tutmaması, senkop (renk solukluğu, soğuk terleme, nabzın yavaşlaması) gibi komplikasyonlar oluşabilir. Bu durumlar geçici olup endişe edilmesine gerek yoktur. Anestezi sonucunda ayrıca alerjik reaksiyon (anafilaktik şok) oluşabilmektedir. Bu durumda acil müdahale edilmesi gerekmektedir. Bunun için hastanın herhangi bir maddeye karşı alerjisi olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce veya hekim reçete (ilaç) yazacağı zaman söylemesi gerekmektedir | |
| **2)DRENAJ NEDİR?** | |
| Dişler aşırı enfekte olduğunda komşu dokularda reaksiyona sebep olurlar. Bunun sonucunda dışarıdan gözlenebilen ya da gözlenemeyen içi iltihap dolu şişlikler (apse) oluşur. Antibiyotik kullanımı apse formasyonunu geçici olarak tedavi eder ve bu iltihabın bulunduğu bölgeden boşaltılması (drene edilmesi) zorunludur. Drene edilmeyen apseler hayatı tehdit edebilecek kadar ciddi problemlere yol açabilir. Bazı hallerde bu şişlikler enfekte dişin uzaklaştırılması ile inebilir. Doktorunuzun başka türlü tedavi olmayacağına karar verdiği apselere ağız içinden veya cilt üzerinde küçük bir kesi yapılıp dren yerleştirilerek drenaj sağlanmaya çalışılır. Ciltten yapılan drenaj işlemlerinden sonra yüz bölgesinde az ya da çok yara izi kalabilir. Apsenin drenajı sağlandıktan sonra kaynak dişin çekimi gerçekleştirilerek tedavi başarılı bir biçimde tamamlanır. İşlemin alternatifi yoktur. Ortalama işlem süresi 15 –30 dakikadır. | |
| **3) DRENAJ SIRASINDA VE SONRASINDA OLUŞABİLECEK KOMPLİKASYONLAR:** | |
| * Kullanılan anestezik maddeye bağlı alerjik reaksiyon. * Dişeti, dil, yanak ve dudakta yaralanma. * Enfeksiyon. * İşlem yerinde kanama, ağrı, şişlik ve ağız açamama. * Ağız içi veya dışında morarma. * Cilt üzerinde kalıcı iz.   **Hasta İmza Hekim İmza** | |
| **3)DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR** | |
| * Operasyon sonrasında herkesin iyileşme potansiyeli farklı olduğundan, ameliyat sonrası gidişatı tam olarak bilinemez. * Sigara ve alkol kullanımı işlemin başarısını olumsuz yönde etkiler. Sorumluluk size aittir. * Ameliyat sonrası kontrol randevularına gelmezseniz yine sorumluluk size aittir. * Diğer hastalıklarınız, alerji, gebelik, kanser tedavisi (kemoterapi ve ışın tedavisi) gibi durumlar hakkında ameliyattan önce hekiminizi bildirmeniz gerekmektedir. | |
| **4)GEREKTİĞİNDE TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞILABİLECEĞİ** | |
| Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. | |
| **5)ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ** | |
| Alternatif tedavi yöntemi yoktur. | |
| **6)GEREKEBİLECEK EK CERRAHİ İŞLEMLER** | |
| Komplikasyon (olumsuz durum) gelişmesi durumunda ek tedavi ve cerrahi operasyonlar gerekli olabilir. Tıp ve cerrahide kesinlik yoktur. İyi sonuçlar beklense de elde edilebilecek sonuçlar hakkında hiçbir garanti veya teminat verilemez.  Tarafıma yapılan sözlü ve yazılı açıklamalardan tatmin olduğumu belirtirim. Yapılacak olan tedavi veya ameliyata, daha sonra çıkabilecek durumlarda yapılacak tüm tedavilere, yukarıda listelenen maddelere ve ayni zamanda bana yapılan sözlü ve yazılı açıklamalara, bana/ çocuğuma/ yakınıma uygulanacak ilaçlar, yapılacak tedavi ve uygulamaların, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı kliniğinde; Asistan, Uzm. Dr. , Dr. Öğr. Üyesi, Doç. Dr. ve 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 stajyer diş hekimlerinin yukarıda belirtilen hekimlerin nezareti altında belirtilen tedavileri yapmasına, eğitim ve bilimsel amaçlı fotoğraf ve video görüntülerinin alınmasına, kendimde olarak ve irademle onay veriyorum ve ben bu tedaviyi istiyorum.  **Önerilen işlem konusunda aydınlatıldığınızı, işlemi kabul ettiğinizi “OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM” yazarak belirtiniz ve imzalayınız: ..................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................**  İşbu form yukarıdaki ve aşağıdaki boşluklar doldurulduktan sonra imzalanmıştır.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Adı-Soyadı** | **Tarih-Saat** | **İMZA** | | **Hasta / Hasta Yakını\*** |  |  |  | | **Doktor** |  |  |  | | **Tanıklık eden** |  |  |  |   \*Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir. | |