|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HASTA BİLGİLERİ** | **HASTANIN ADI-SOYADI** |  |
| **DOSYA NUMARASI/TC KİMLİK NO** |  |
| **DOKTOR ADI SOYADI** |  |
| **TEDAVİ GÖRECEĞİ BÖLÜM** | **AĞIZ, DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ** |
| **TARİH** |  |
| **İŞLEM HAKKINDA GENEL BİLGİ** | | |
| Diş çekimi; geri dönüşü olmayan bir cerrahi işlemdir. Çekim, ister zor ister kolay olsun bir cerrahi işlem olması nedeniyle bazı riskler içerir.  Çekim sahasında şişme, kızarma, ağrı, acı, ağız köşelerinde gerilmeye bağlı kızarıklık ve çatlama,  Çekim sonrasında bölgenin lokal bir enfeksiyonu olan ve Alveolit denilen bir durum gerçekleşebilir ve bir haftadan fazla süren ağrılara sebebiyet verebilir. Bu durumda hekiminiz gereken pansumanlarla olaya müdahale edecektir.  Enfeksiyon gelişmesi ve yaranın geç iyileşmesi  Çekilen dişin yanındaki dişlerdeki dolgu veya protezlerin zarar görmesi veya kullanılamaz hale gelmesi,  **Trismus:** İltihap veya şişmeye bağlı olarak ağız açmada kısıtlılıktır.  **Kanama:** Şiddetli kanama sık değildir. Fakat sızıntı şeklinde kanama birkaç saat, nadiren bir iki gün devam edebilir.  **Kök parçalarının tam çıkarılmaması:** Sinüsler veya sinirler gibi önemli oluşumlara zarar vermemek için bazen küçük kök parçaları bırakılabilir.  **Sinüs ilişkisi:** Üst çene arka dişlerin kökleri sinüslere çok yakındır ve bazı durumlarda kök parçaları sinüse kaçabilir veya sinüsler ile ağız arasında bir açıklık oluşabilir; bu durumlarla özel ilgilenilmesi gerekir.  **Çene kırıkları veya çene ekleminin çıkması:** Çok nadir olmakla birlikte zor çekimlerde ve derin gömülü diş çekimlerinde oluşması mümkündür. | | |
| **İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAK** | | |
| İşlem öğretim üyeleri, araştırma görevlileri ve onların gözetiminde stajyer hekimler tarafından gerçekleştirilir. | | |
| **İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR** | | |
| Diş çekiminden beklenen faydalar;   * Ağrı, enfeksiyon ve inflamasyonun kontrol altına alınması * Bölgenin rehabilitasyonu için uygun ortamın sağlanması * Mevcut dental patolojinin uzaklaştırılması * Protetik rehabilitasyon için imkan sağlanması * Ortodontik tedavi için elverişli koşulların sağlanması * Endodontik ve periapikal patolojilerin eliminasyonu | | |
| **İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR** | | |
| İşlem uygulanmaması durumunda mevcut hasta şikâyetleri ve patolojiler, zaman içerisinde daha sık ve daha şiddetli bir şekilde tekrarlama eğilimindedir. Çekim endikasyonu oluşturan kistik ya da tümöral bir patoloji varlığında, kist veya tümör dokusu daha da büyümekte ve zaman içerisinde daha radikal tedavilere ihtiyaç duymaktadır. Komşu dişlerde gözlenen problemlere bağlı bir endikasyon mevcut ise (komşu dişte çürük, komşu dişte kök rezorbsiyonu, komşu dişte çapraşıklık ve gömüklük vs...) komşu dişlerdeki dental patolojilerin şiddeti artmakta ve ilerleyen süreçte diş kaybı bile gözlenebilmektedir. Ağrı, şişlik ve trismus gibi lokal şikayetlerde benzer şekilde diş çekimi gerçekleşmeden ortadan kaybolmamaktadır.  Enfeksiyon kontrolü açısından diş çekimi gerçekleşmezse hastaların sık periyotlarda antibiyoterapi almaları gerekmektedir | | |
| **VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ** | | |
| Diş çekimi endikasyonu konulan ve çekim gerektiren dişlerde, diş çekimi haricinde herhangi bir alternatif tedavi yöntemi bulunmamaktadır.   |  |  | | --- | --- | | **Hasta İmza** | **Hekim İmza** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu  **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı**  **Diş Çekimi Bilgilendirilmiş Hasta** **Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.03 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 13.03.2024 |
| Revizyon No. | 3 |
| Sayfa No. | 1/4 |

|  |
| --- |
| **İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI** |
| Çekim, ister zor ister kolay olsun bir cerrahi işlem olması nedeniyle bazı riskler içerir.   * Çekim sahasında şişme, kızarma, ağrı, acı, ağız köşelerinde gerilmeye bağlı kızarıklık ve çatlama, * Çekim sonrasında bölgenin lokal bir enfeksiyonu olan ve Alveolit denilen bir durum gerçekleşebilir ve bir haftadan fazla süren ağrılara sebebiyet verebilir. Bu durumda hekiminiz gereken pansumanlarla olaya müdahale edecektir. * Enfeksiyon gelişmesi ve yaranın geç iyileşmesi * Çekilen dişin yanındaki dişlerdeki dolgu veya protezlerin zarar görmesi veya kullanılamaz hale gelmesi, * **Trismus:** İltihap veya şişmeye bağlı olarak ağız açmada kısıtlılıktır. * **Kanama:** Şiddetli kanama sık değildir. Fakat sızıntı şeklinde kanama birkaç saat, nadiren bir iki gün devam edebilir. * **Kök parçalarının tam çıkarılmaması:** Sinüsler veya sinirler gibi önemli oluşumlara zarar vermemek için bazen küçük kök parçaları bırakılabilir. * **Sinüs ilişkisi:** Üst çene arka dişlerin kökleri sinüslere çok yakındır ve bazı durumlarda kök parçaları sinüse kaçabilir veya sinüsler ile ağız arasında bir açıklık oluşabilir; bu durumlarla özel ilgilenilmesi gerekir. * **Çene kırıkları veya çene ekleminin çıkması:** Çok nadir olmakla birlikte zor çekimlerde ve derin gömülü diş çekimlerinde oluşması mümkündür. * Çekilen dişin veya dişin bir kısmının **mideye kaçması** (Çok nadir olmakla birlikte)   Çekilen dişin veya bir kısmının **trakea (nefes borusu) veya akciğerlere kaçması** (Çok nadir olmakla birlikte) |
| **İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ** |
| İşlem tahmini olarak 15 dk. ile 60 dk. arasında bir süre içerisinde tamamlanmaktadır. |
| **KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ** |
| **Lokal Anestezi**: 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) gibi komplikasyonlar oluşabilir. Bu durumlar geçici olup endişe edilmesine gerek yoktur. Anestezi sonucunda ayrıca alerjik reaksiyon (anaflaktik şok) oluşabilmektedir. Bu durumda acil müdehale edilmesi  gerekmektedir. Bunun için hastanın herhangi maddeye alerji olup olmadığını (penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce veya hekim reçete(ilaç) yazacağı zaman söylemesi gerekmektedir. |
| **HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ** |
| Çekim sonrası dönemde;   1. reçete edilen ilaçların düzenli kullanımı gerekmektedir. 2. operasyon sahası temiz tutulmalı, bölge travmatize edilmemeli ve operasyon alanını görmeye çalışılmamalı, 3. postoperatif dönemde oral hijyene özen gösterilmeli ve diş fırçalama alışkanlığına rutin şekilde devam edilmeli, 4. çekim sonrası ilk birkaç gün çok sıcak gıda tüketilmemeli, 5. sigara kullanımı söz konusu ise, sigara kullanımına bir hafta ara verilmeli, 6. çekim sonrası bir hafta tanecikli gıdaların tüketilmesinden kaçılmalı, |
| **GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBÎ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ** |
| Mesai saatleri içerisinde Diş Hekimliği Fakültesi, ADSH, ADSM veya Devlet Hastanesi Diş Polikliniklerine, mesai saatleri dışında ise açık olan ADSM’ lere başvurulabilir   |  |  | | --- | --- | | **Hasta İmza** | **Hekim İmza** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu  **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı**  **Diş Çekimi Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.03 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 13.03.2024 |
| Revizyon No. | 3 |
| Sayfa No. | 2/4 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu  **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı**  **Diş Çekimi Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.03 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 13.03.2024 |
| Revizyon No. | 3 |
| Sayfa No. | 3/4 |

|  |
| --- |
| **YAPILACAK TEDAVİ /İLGİLİ DİŞ** |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8  8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8  Yapılacak işlem: |
| **HASTA BİLGİLENDİRME** |
| Tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak girişim konusunda bilgi aldım. Oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskleri konusunda bilgilendirildim. Bu tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin oluşabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.  Diş hekiminin teşhis/tedavi esnasında gerekirse:   * Diğer hekimlerden konsültasyon istenebileceğini ve tedavi sürecine katılabileceği,   Stajyer öğrenciler ve araştırma görevlilerinin öğretim üyeleri denetiminde tedavi sürecinde yer alacağı,   * Kimlik bilgileri gizli tutularak klinik fotoğraflarının çekilebileceği ve teşhis, bilimsel, eğitimsel veya * araştırma amaçlı kullanılabileceği, * Kimlik bilgileri gizli tutularak çekim sonrası diş ve çevre dokularının araştırma amaçlı kullanılabileceği, * Teşhis yöntemi/girişim/tedavi sırasında bu işlemlerin bir parçası olarak lokal anestezi uygulanabileceği, Tarafıma açıklandı.   “**Yapılacak işlem hakkında bilgilendirildim ve yapılacak işlemi anladım**.” *(Bu bölüm hasta el yazısı ile yazılacaktır.)*  ……………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………  **Hastanın Adı Soyadı** ……………… **Hasta Yakını Adı Soyadı:**………………  **İmza: İmza:**  **Tarih – Saat:** …/ …/…- ….. **Tarih-Saat** …/ …/…- …..  **Bilgilendirme Yapan:**  **Araştırma Görevlisi: İmzası: Tarih – Saat:** …/ …/…- …..  **Öğretim Üyesi: İmzası: Tarih – Saat:** …/ …/…- ….. |
| **KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN**  **Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.**  **Adı-Soyadı:**…………………………………………………………. **İmzası: Telefonu:** …………………………………………………………… …………………………  **Adresi:** ………………………………………………………………  **Tarih/Saat:** …………………………………………………………  **Yasal Temsilcinin Bilgilendirilme Nedeni:**  Hastanın Bilinci Kapalı.  Hasta 18 Yaşından Küçük  Hastanın Karar Verme Yetkisi Yok.  Acil |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu  **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı**  **Diş Çekimi Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.03 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 13.03.2024 |
| Revizyon No. | 3 |
| Sayfa No. | 4/4 |

|  |
| --- |
| **\*Bilgilendirme esnasında çevirmen kullanılması halinde;**  **Çevirmenin Beyanatı:**Doktorların hastaya ve yakınlarına verdiği bilgilendirilmiş onam formu da dahil her türlü yazılı ve sözlü bilgiyi/anlatımı hasta ve yakınlarına ............................ diline çevirerek naklettim (burada hasta ve yakınlarının kullandığı dil belirtilecek).  **Çevirmenin Adı Soyadı**: .........................................................  **İmza:**  **Tarih – Saat:** …/ …/…- ….. |
| **HASTA ONAMI** |
| Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı. Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım taktirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim. Tedavi/girişim’den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım. Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceği açıklandı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı. Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim. Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum. İstemediğim taktirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum. Tüm bu açıklamalar doğrultusunda bana yapılacak müdahaleyi kendi isteğim ile kabul ediyorum.  **\*\*\* Hasta Bilgilendirme Ve Rıza Belgesinin Bir Nüsha**  **Hastanın Adı Soyadı ……………… Hasta Yakını Adı Soyadı:………………**  **İmza: İmza:**  **Tarih – Saat: …/ …/…- ….. Tarih-Saat …/ …/…- …..**  **Onam Alan Hekim:**  **Araştırma Görevlisi: İmzası: Tarih – Saat:** …/ …/…- …..  **Öğretim Üyesi: İmzası: Tarih – Saat:** …/ …/…- …..  **KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN**  **Hastanın Velisi / Yasal Vasisi tarafından doldurulacaktır.**  **Adı-Soyadı:**…………………………………………………………. **İmzası: Telefonu:** ……………………………………………………………  **Adresi:** ……………………………………………………………… **Tarih – Saat:** …/ …/…- …..  **Yasal Temsilciden Rıza Alma Nedeni:**  Hastanın Bilinci Kapalı.  Hasta 18 Yaşından Küçük  Hastanın Karar Verme Yetkisi Yok.  Acil |