|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı**  **Greftleme Uygulamaları Hasta Bilgilendirme ve Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.30 |
| Yayın Tarihi | 20.02.2023 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No. | 00 |
| Sayfa No. | 1/3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HASTANIN ADI SOYADI** |  | Bu formda sizin tıbbi ve diş tedavileri ile ilgili hikayeniz ve bazı kişisel bilgiler istenecektir. Formda tedavi göreceğiniz kliniklerde yapılacak işlemlere ait bilgiler yer almaktadır. Bu açıklamaların amacı ağız diş sağlığınızı iyileştirmek ve korumak için sizlerin bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine katılımınızı sağlamaktır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işlemi kabul etmek sizin kararınıza bağlıdır. Tedaviye başlamadan önce hastaların sistemik rahatsızlıklarını (kalp, şeker ve kan hastalığı, tansiyon, guatr, epilepsi vb.) bulaşıcı bir hastalığı (hepatit gibi) kemoterapi ve radyoterapi görüyorsa, hamile veya hamilelik şüphesi varsa, astım veya herhangi bir ilaca karşı alerjisi bulunuyorsa, varsa kullandığı ilaçları hekimiyle paylaşması hem kendi güvenliği hem de hekim için önemlidir. |
| **DOSYA**  **NUMARASI/ TC KİMLİK NO** |  |
| **DOKTOR ADI ADI SOYADI** |  |
| **TARİH** |  |
| **İŞLEM HAKKINDA GENEL BİLGİ** | | |
| Grefleme. Kelime anlamıyla eksik dokuyu telafi etmek/tamamlamaktır. Yaşa bağlı oluşan kemik erimesi ya da başka sebeplerle çenelerde kemik kaybı olması durumunda, bu bölgelere protez yapılabilmesi ya da implant uygulanabilmesi için ya da implant uygulaması esnasında bölgeye greftleme işlemi yapılması gerekebilir. Kemik dokulara greftleme işlemi için alternatifler mevcuttur. Hastanın uygun bir bölgesinden kendi kemiği alınıp bölgeye yerleştirilebilir. İdeal greft, hastanın kendisinden alınan greft olsa da insan veya hayvan kaynaklı kemik ya da sentetik olarak imal edilip çeşitli sterilizasyon yöntemlerine tabi tutulan doku dostu materyaller de tercih edilebilir. Kemik greftleme işleminde birtakım komplikasyonlar mevcuttur. Bunlar: Greftin rezorbsiyonu (erime), enfeksiyon, ağrı, şişlik, nekroz (doku ölümü)dur. Hastanın kendisinden alınan kemik grefti sonrası, doku alınan bölgede rutin cerrahi komplikasyonlar gelişebilir. Yumuşak dokulara uygulanan cerrahi işlem sonrası dokulardaki kayıpları telafi etmek, gerginliği azaltmak veya dokuları proteze uygun hale getirmek için hastanın uygun bir bölgesinden ilgili yumuşak dokuyla uyumlu parça alınıp dikişle ve sıkı tamponla sabitlenir. Verici sahada kanama, ağrı, hassasiyet, enfeksiyon alıcı sahada ise ağrı, şişlik, kanama, enfeksiyon, greftin tutmaması, greftte büzülme, kıllanma (deri greftlerinde) oluşabilecek komplikasyonlar dahilindedir. | | |
| **İŞLEM KİM TARAFINDAN YAPILACAK** | | |
| İşleminiz bölümüz öğretim üyeleri veya araştırma görevlileri tarafından yapılacaktır. | | |
| **İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR** | | |
| • Daha sağlıklı bir çene kemiği ve diş eti dokusu,  • Daha fonksiyonel bir protetik restorasyon,  • Daha nizami bir implant tedavisi,  • Daha estetik bir diş eti konturu görünümü sağlar. | | |
| **İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR** | | |
| İşlem uygulanmadığı taktirde mevcut kemik ve yapışık diş eti miktarında azalma gözlenebilir. | | |
| **VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ** | | |
| İşlemin alternatifi yoktur. | | |
| **İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI** | | |
| • Kullanılan anestetik maddeye bağlı alerjik reaksiyon gelişebilir. • Diş eti, dil, yanak ve dudakta yaralanma olabilir. • Enfeksiyon gelişebilir.  • İşlem yerinde kanama, ağrı, şişlik ve ağız açamada kısıtlılık olabilir. • Ağız içi veya dışında morarma olabilir.  • Uygulanan greftin başarısı garanti edilemez. Tutmaması mümkündür. Greft sizin vücudunuzdan (çene veya kalça kemiği gibi) elde edilebileceği gibi satın alınarak da uygulanabilir. Bu satın alınan maddeler kadavradan veya hayvandan elde edilmiş olabilir. Greftin yanı sıra titanyum vida, titanyum plak ve membran (grefti örtmek için zara benzer bir doku) kullanmak gerekebilir. • Greftleme işleminde fazladan maliyet getirebilir. Operasyon sırasında hekim, önceden anlaşılan greft miktarını yetersiz bulursa greft miktarını artırabilir. Bu size ekstra maliyet olarak yansıyacaktır. • Üst çenede yapılan greftleme işlemlerinde sinüs boşluğuna girmek gerekebilir. Bunun sonucunda burun kanaması oluşabilir veya ilerleyen günlerde sinüzit gelişebilir. Greftin alınması veya uygulanması sırasında sinir hasarı oluşabilir. Bu risk özellikle alt çenede daha fazladır. | | |
| **Hasta İmza Hekim İmza** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı**  **Greftleme Uygulamaları Hasta Bilgilendirme ve Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.30 |
| Yayın Tarihi | 20.02.2023 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No. | 00 |
| Sayfa No. | 2/3 |

|  |
| --- |
| **İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ** |
| 30-60 dakikadır. |
| **KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ** |
| Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. 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), amfızem (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 yazacağı zaman söylemesi gerekmektedir. |
| **HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ** |
| Sizde mevcut olan bir sistemik hastalık durumunda ya da bir hastalığa bağlı olarak kullandığınız herhangi bir ilacın yapılacak olan cerrahi tedaviyi engellemesi ya da olumsuz olarak etkilemesi durumunda sizden ilgili hastalık ve ilaç kullanımı için ilgili doktorunuzdan konsültasyon istenebilir. Diş tedaviniz sürerken, ilk muayenede belirlenen tedavi planından farklı veya ek tedavi gereksinimleri ortaya çıkabilir. Değişiklikler söz konusu olduğunda tarafımızdan bilgilendirileceksiniz. |
| **GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ** |
| Mesai saatleri içerisinde Diş Hekimliği Fakültesi Uygulama ve Araştırma Merkezimize, ADSM’ye başvurabilirsiniz. Mesai saatleri dışında ise açık olan ADSM’ ye başvurulabilirsiniz. Merkezimizle iletişime geçerek ilgili konuda yardım alabilirsiniz.  Adres: Konaklı Mah. Mustafa Kemal Bulvarı No:82 PK:07490 Alanya ANTALYA Web: dhf.alanya.edu.tr  Telefon: +090 242 510 61 40 Mail: dishastanesi@alanya.edu.tr |
| **YAPILACAK TEDAVİ /İLGİLİ DİŞ** |
| **TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ** **PLANLANAN TEDAVİ**  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 64 83 82 81 71 72 73 74 75 |
| **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 alabileceği,  • 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.  Pandemik hastalıkların önlenmesi için kurumumuzda sterilizasyon işlemleri, yüzey dezenfeksiyon ve alet sterilizasyon işlemleri yapılmaktadır. Ancak bunların tam koruyuculuğu bulunmamaktadır. Bu bilgilendirme sonrasında ağız ve diş tedavim esnasında pandemik hastalık bulaşma riski ile karşılaşabileceğim konusunda bilgilendirildim, okudum ve anladım.  **Hasta İmza Hekim İmza** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı**  **Greftleme Uygulamaları Hasta Bilgilendirme ve Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.30 |
| Yayın Tarihi | 20.02.2023 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No. | 00 |
| Sayfa No. | 3/3 |

|  |
| --- |
| **HASTA RIZASI** |
| 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/girişimden 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 kabul etmek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi 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. **TEDAVİYİ REDDETME ve SONLANDIRMA HAKKIM OLDUĞUNU BİLİYORUM**. (Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki boş alana kendi el yazınızla TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM şeklinde yazarak imzalayınız).  Tedavim esnasında pandemik hastalık bulaşma riski ile karşılaşabileceğim konusunda bilgilendirildim ve riski kabul ediyorum.  **Yapılacak işlem hakkında bilgilendirildim, yapılacak işlemi okudum ve anladım.” (Bu bölüm hastanın/yakınının kendi el yazısı ile yazılacaktır).**  **Yukarıda anlatılan işlemler mesai dışında uygulanacak ise bu işlemler ve SGK tarafından ödenmeyen işlemler için de ödeme yapmam gerektiği tarafıma açıklandı. Ücreti ödemeyi kabul ediyorum.**  Verilen bu bilgiler ışığında size planlanan tedavilerin uygulanmasını kabul ediyorsanız el yazınızla  ‘**Yapılacak işlem hakkında bilgilendirildim, yapılacak işlemi okudum, anladım ve kabul ediyorum ve bir nüshasını teslim aldım’(Bu bölüm hastanın/yakınının kendi el yazısı ile yazılacaktır).’** yazarak imzalayınız.  ……………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………….  **Hastanın Adı Soyadı .................. Hasta Yakını Adı Soyadı:..................**  **İmza: İmza:**  **Tarih – Saat: .../ .../...- ..... Tarih-Saat .../ .../...- .....**  **Bilgilendirme Yapan ve Rıza 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 Temsilcinin Bilgilendirilmesi ve Rıza Alınması Nedeni:**  Hastanın Bilinci Kapalı.  Hasta 18 Yaşından Küçük  Hastanın Karar Verme Yetkisi Yok. Acil  **Bilgilendirme ve Rıza Alınması esnasında çevirmen kullanılması halinde;**  **Çevirmenin Beyanatı:** Doktorların hastaya ve yakınlarına verdiğiHasta Bilgilendirme ve Rıza Belgesi dahilinde 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: .../ .../...- .....** |