|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi****Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi****Periodontal Biyopsi Alınması İçin****Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.18 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 1/3 |

Evrak No :

Hasta Adı Soyadı :

TC Kimlik No :

Telefon No :

Bu formda sizin tıbbi ve diş tedavileri ile ilgili hikâyeniz 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.

**1. İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI:** Biyopsi alma operasyonları öğretim üyesi ve/veya asistanlar tarafından periodontoloji kliniği içerisinde yapılacaktır.



**TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ**

**2. HASTALIĞIN MUHTEMEL SEBEPLERİ ve NASIL SEYREDECEĞİ ve İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR:**Tanı veya tedavi amaçlı yapılır. Biyopsi işlemi ile tanı net bir şekilde konulup mümkünse tedavisi yapılır.

**3. BİYOPSİ ALINMASI:** Ağız içinde oluşan ve takipleri sonucunda 2 haftadan fazla sürede iyileşmediği tespit edilen yaralar ve şişliklerin tanısının konulabilmesi için patolojik olduğu düşünülen ya da şüphelenilen normalin dışındaki oluşumlardan parça veya ilgili doku küçükse tamamının alınması gerekebilir. Operasyon sonunda dikiş atımı gerekebilir veya gerekmeyebilir. Dikiş atılırsa yara bakımı ile ilgili tavsiyeler hastaya verilir. Alınan parça kendisine uygun eğitim verilmiş hastane personeli tarafından hastanemizin anlaşmalı olduğu patoloji laboratuvarına götürülür. Laboratuvar, incelemesi sonucu raporunu yazar. Laboratuvar sonucuna göre ilgili dokuya müdahale edilir veya edilmeden takibe alınır.

**4. GENEL RİSKLER ve KOMPLİKASYONLAR:**Planlanan tedavi ve işlemler sırasında lokal anesteziye bağlı ya da rutin cerrahi komplikasyonlar gelişebilir. Bu riskler; tedavi süresince ağrı ve rahatsızlık hissi, şişlik, enfeksiyon, kanama, yandaki dişte ve yumuşak dokuda yaralanma, temporomandibuler eklem bozukluğu, geçici veya kalıcı hissizlik ve alerjik reaksiyonlar, ateş yükselmesi, halsizlik, septisemi sonucu ölüm, sinir yaralanmasına bağlı dokuda geri dönüşlü veya kalıcı olan hissizlik veya felç, mevcut protezlerin çıkarılması ve tedavi sonrasında değiştirilme gereksinimi, dişlerde sallanma sayılabilir.

Hasta İmza Hekim İmza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi****Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi****Periodontal Biyopsi Alınması İçin****Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.18 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 2/3 |

**5. İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:**İşlem süresi yapılacak operasyonun genişliği, karmaşıklığı ve işlem esnasındaki komplikasyonlara bağlı değişkenlik göstermekle birlikte ortalama 30 dakika ile 1 saat arası sürebilmektedir.

**6. ALTERNATİFLER:**Biyopsinin alınmaması ve klinik olarak takip edilmesi tercih edilebilir.

**7. KULLANILAN İLAÇLAR:**Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak amacıyla lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli hallerde öncelikle topikal anestetik madde (sprey) ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. Bölge uyuştuğunda anestetik sıvı enjektör ile enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Lokal anestezi uygulanmadığı durumda işlemler ya çok ağrılı olacağından yapılamamakta ya da daha komplike bir işlem olan sedasyon altında yapılmaktadır. Lokal anestezi uygulaması, bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar olmadığı sürece başarılı bir uygulamadır. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2‑4 saat boyunca hissizdir. Bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. 2‑4 saat sonrasında anestetiğin etkisi ortadan kalkar.

**8. TEDAVİ OLMAZSANIZ:**Lezyonların kesin tanısı histolojik olarak konulamaz.

**9. 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.

**10. GEREKTİĞİNDE TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLECEĞİ:** Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir.

enjekte edilerek, diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. Lokal anestezi uygulaması sonrası nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilir. Lokal anestezi uygulanmadığı durumda işlemler ya çok ağrılı olacağından yapılamamakta ya da daha komplike bir işlem olan sedasyon altında yapılmaktadır. Lokal anestezi uygulaması, bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar olmadığı sürece başarılı bir uygulamadır. Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2‑4 saat boyunca hissizdir. Bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmez. 2‑4 saat sonrasında anestetiğin etkisi ortadan kalkar.

**ONAY:**

**Bilgilendirme bölümündeki açıklamaları okudum, anladım ve komplikasyonları hakkında bilgi edindim. Genel sağlık durumumla ilgili sorulan soruları tam olarak cevapladım ve/veya formda hiçbir eksik bilgi bırakmadım.** TEDAVİYİ REDDETME ve SONLANDIRMA HAKKIM OLDUĞUNU BİLİYORUM. (Tedaviyi reddediyorsanız aşağıdaki noktalı alana kendi el yazınızla “TEDAVİ OLMAYI REDDEDİYORUM” şeklinde yazarak imzalayınız). Planlanan tedavinin/işlemin ne olduğu, gerekliliği, tedavinin/işlemin seyri ve diğer işlem seçenekleri, bunların riskleri, tedaviyi/işlemi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin/işlemin başarı olasılığı ve yan etkileri HEKİMİM TARAFINDAN

Hasta İmza Hekim İmza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi****Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi****Periodontal Biyopsi Alınması İçin****Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi**  | Doküman No. | HHD.RB.18 |
| Yayın Tarihi | 27.05.2019 |
| Revizyon Tarihi | 28.02.2022 |
| Revizyon No. | 2 |
| Sayfa No. | 3/3 |

SÖZEL OLARAK AYRINTILI ANLATILDI. Ayrıca RIZA BELGESİNİ OKUYARAK da ayrıntılı bilgi edindim. Tedaviden/İşlemden sonra dikkat etmem gereken hususları anladım. Bana sağlık durumumla ilgili gerekli açıklamalar yapıldı ve tüm sorularım anlayabileceğim bir şekilde cevaplandı.

 Bana/çocuğuma/yakınıma uygulanacak ilaçlar, biyopsi alınması Alanya Aladadin Keykubat Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı kliniğinde; Asistan, Uzman Dr., Doktor Öğretim 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 izin veriyorum.**

**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.** **Rıza belgesinin bir nüshası tarafıma verilmiştir.**

**(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA ‘****Bu Rıza Belgesini; Okudum, Anladım ve Kabul Ediyorum ’ YAZARAK İMZALAYINIZ) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Adı-Soyadı** | **Tarih-Saat** | **İMZA** |
| **Hasta / Hastanın Yasal Temsilcisi-Yakınlık Derecesi** |  |  |  |
| **Bilgilendirmeyi Yapan Hekim** |  |  |  |
| **Tercüman (Kullanılması Halinde)** |  |  |  |

*\*Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil ya da imza yetkisi yoksa rızası vekili tarafından verilir.*