|  |  |
| --- | --- |
| **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. | |
| 1. **TANI VE İŞLEM** | |
| Gömülü dişin (kanin, premolar veya molar) ark üzerinde ideal pozisyonuna getirilebilmesi amacıyla gerekli dişlerin çekimini takiben sabit ortodontik tedavi uygulanması planlanır. Ankrajı arttırmak amacıyla üst 1. büyük azı dişlere yerleştirilen bantlara lehimlenen paslanmaz çelik telden bükülerek hazırlanan transpalatinal arkın hasta ağzına yerleştirilmesini takiben gerekli dişler çekilir. 1. küçük azı dişlerinin çekiminden sonra braketler yapıştırılır. Nikel titanyum ark telleri ile alt ve üst arkların seviyelenmesine başlanır. Üst dişlerin seviyelenmesini takiben cerrahi olarak gömülü dişin (kanin, premolar veya molar) üzeri mukoperiostal flep ile kaldırılır ve diş kronu üzerinde varsa kortikal kemik düşük hızlı frez yardımıyla uzaklaştırılır. Kan ve tükürükten izole edilen kron üzerine ortodontik kuvvet uygulamak amacıyla buton (metal tutucu/braket) yapıştırılır. Yara tamir dokusunun bir süre sonra braketin üstünü örtmesi bekleneceğinden dışarıya uzanacak ince çelik teller bükülür. Daha sonra flep önceki pozisyonuna uygun olarak kapatılıp suture edilir. Cerrahi müdahaleden yaklaşık bir hafta sonra süturlar alınır ve ortodontik traksiyona başlanır. | |
| 1. **İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR** | |
| • Dişlerdeki çapraşıklığın giderilmesi,  • Çene kemiklerinin düzeltilmesi,  • Sağlıklı çiğneme fonksiyonunun kazandırılması,  • Dental estetiğin sağlanması,  • Yüz estetiğinin iyileştirilmesi | |
| 1. **İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI** | |
| Ameliyat esnasında, çene kemiğine ulaşmak için ağız içinden veya cilt üzerinden bir kesi yapılır. Herhangi bir cerrahi müdahaleye bağlı gelişebilecek cerrahinin kendisinden kaynaklanan rahatsızlık, ameliyat sonrası ağrı, ödem, ağız içi ve burundan kanamalar görülebilir.  **Hasta İmza Hekim İmza**  Cerrahi işlem sırasında veya sonrasında bu kadarla sınırlandırılmamakla beraber enfeksiyon, cerrahi bölgede veya yüzünüzde renk değişikliği (morarma), çene ekleminin hasarı veya spazmı, yavaş iyileşme vb. durumlar izlenebilir. Cerrahi alana yakınlığından ötürü ilgili bölgeden geçen sinirlerin zarar görme ihtimali vardır. Bu durumda geçici veya kalıcı hissizlik gözlenebilir. Cerrahi işlem sırasında sinüs veya burun boşluğunun açılması ve kemik kırıkları oluşabilir. Ameliyat sonrası dönemde hastalar bazı olumsuzluklar yaşayabilir. Dişlerdeki aygıtlar geçici yeme, konuşma ve yutkunma güçlüğü yaratabilir. Dudak, yanak ve dilde yaralar oluşabilir. Ağız bakımı zorlaşabilir. Kimi zaman da braketlerin kopması, tellerin kırılması gibi istenmeyen durumlar gelişebilir. Bu sıkıntıları kolayca atlatabilmek için hekimin talimatlarına mutlaka uyulmalıdır. Tedavi sırasında yeterli fırçalanmayan dişlerde çürük, kalıcı beyaz lekeler, dişetlerinde iltihaplar ve buna bağlı dişeti çekilmesi ve kemik kayıpları gelişebilir. Bu nedenle dişler ana ve ara öğünlerden sonra mutlaka düzenli olarak fırçalanmalıdır. | |
| 1. **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. | |
| 1. **HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ** | |
| Dişler ana ve ara öğünlerden sonra düzenli olarak, tüm gıda artıklarının uzaklaştırıldığından emin olana kadar fırçalanmalıdır. Kullanılan apareyler ve teller fırçalamayı güçleştirir. Bu nedenle dişlerde çürük riski ve dişeti hastalığı riski artar. Hasta, dişlerini günde en az 3 kere dikkatlice fırçalamalıdır. Bunun için hasta, diş fırçasını okul, işyeri gibi yerlerde de yanında bulundurmalıdır. Özellikle, dişin dişetine yakın bölgeleri de fırçalamaya dâhil edilmelidir. Aksi takdirde, diş çürükleri, dişlerde lekelenmeler ve dişeti problemleri oluşur. Bu aşamada oluşan ve çok derin olmayan diş çürükleri ağrıya neden olmasa bile, ileride braket çevresinde kalıcı renklenmelere neden olur. Bu durum estetiği olumsuz yönde etkileyecektir. Braketleri de fırçalamak gerektiği için özel ortodontik diş fırçaları kullanılabilir. Bazı durumlarda, hekim ara yüz fırçası tavsiye edebilir. Braketler, dişe ilk yapıştırıldığında ağız içindeki yumuşak dokularda (dudak, yanağın iç yüzeyi gibi) hassasiyet oluşturabilir. Hasta, bunun için ilk zamanlarda braket üzerine mum yapıştırabilir. Bu hassasiyet zamanla ortadan kalkacaktır. Randevuları takiben ilk bir hafta içerisinde dişlerde hafif ağrılar olabilir, bu normaldir, hasta bu durumlarda ağrı kesici kullanabilir. Hasta, bu süreçte akla gelebilecek her türlü sert yiyecekten (sert ekmek, cips, kabuklu kuruyemiş, şeker, çekirdekli ve sert meyveler.vb.), dişlere yapışan yiyeceklerden (lokum, sakız, çikolata…vb.), asitli içeceklerden (kola, portakal suyu, enerji içeceği.vb.) ve hamburger-tost gibi ısırarak yenilmesi gereken yiyeceklerden uzak durmalıdır. Ayrıca, hasta ortodontik tedavi süresince kontak sporlar yapmamalıdır. | |
| **BUTON UYGULAMASI BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA RIZASI** | |
| 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 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. | |