|  |  |
| --- | --- |
| **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. **MAKSİLLER SİNÜS CERRAHİSİ NEDİR?** | |
| Sinüsler kafatasındaki hava dolu mukozayla kaplı boşluklardır. Üst çenede yer alan sinüse maksiller sinüs denir. Maksiler sinüs patolojilerinin çıkarılması, sinüse diş veya kök kaçması, oro-antral fistüllerin onarımı ve implant için sinüs lifting operasyonları bölgede uygulanan cerrahi uygulamalardır. | |
| 1. **TEDAVİDEN BEKLENENLER NELERDİR?** | |
| Maksiler sinüs üst çene azı dişleriyle yakın komşuluktadır. Bu dişlerin kaybıyla sinüs sarkar, ağız boşluğuna yaklaşır. Dişsiz boşluğa implant gereksinimi olduğunda sinüs cerrahi olarak açılıp mukozası bir miktar itilir, elde edilen boşluğa kemik grefti doldurulup sinüs tekrar eski konumuna getirilmiş olunur. Bölgede gereken cerrahi işlem yapıldıktan sonra, yara bakımı tavsiyeleri verilir. Hastaya kullandırılan antibiyotik, gargara, analjeziğe ek olarak dekonjestan (sinüs mukoza reaksiyonlarını minimuma indiren ilaç) kullandırılır. | |
| 1. **TEDAVİ YAPILMAZSA NE OLUR?** | |
| Tedavi edilmemesi durumunda oluşan ya da var olan açıklık daimî duruma dönüşür. Diş çekimi sonrasında ya da başka sebeplerle sinüs boşluğu ağız boşluğu ile ilişkili hale geçebilir. Yenilen yemekler ve içilen sıvılar burun bölgesinden geri gelebilir. Sinüs lifting gerçekleştirilmezse dişsiz boşluk başka protetik yöntemlerle restore edilebilir. | |
| 1. **İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI** | |
| Operasyon sırasında boşluk içinde bulunan yumuşak doku(mukoza) yırtılabilir. Hekiminizin kararına göre işlem ertelenebilir ya da devam edilebilir. İşlem sonrasında nadir de olsa greft ve buna bağlı olarak implant kayıpları görülebilir. Hastanın yedikleri içtikleri burun boşluğundan geri çıkabilir. Açıklığın kapatılması için açıklığın boyutuna bağlı olarak bir operasyon gerekebilir, ya da girişimsel olmayan yöntemlerle tedavi edilmesi denenebilir. Diş çekimi sırasında sinüs boşluğuna diş kökü kaçabilir ve çıkartılması gerekebilir. Ameliyat sonrasında 2-3 gün süren sinüs bölgesinden ya da burundan gelen sızıntı şeklinde kanamalar olabilir. Cerrahi işlem sonrasında işlem yapılan bölgede 2-3 gün ya da fazla süren şişlik, hematom (kanamaya bağlı renk değişimi), ağrı, ağız açmada kısıtlılık ve göz etrafında morluklar görülebilir. Bu durum 1hafta-10 gün içinde kendiliğinden geçecektir. | |
| 1. **TEDAVİ SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER** | |
| Hasta işlem bölgesine yerleştirilen tamponu 30dk boyunca ısırmalıdır. Tampon çıkarıldıktan sonra ilk gün sızıntı şeklinde kanama, şişlik, yüz ve boyun bölgesinde morarma olması normaldir. Bu süreçte hasta ağzını çalkalamamalı, tükürmemeli, pipetle meyve suyu vb. ürünler tüketmemelidir. Sinüs cerrahisi sonrası bakım çok önemlidir. Bu bölgede basınca sebep olacak hareketlerden kaçınılmalıdır. Sümkürmek, hapşırmak veya bu bölgeye basınç uygulamaktan kaçınılmalıdır. | |
| 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.  **Hasta İmza Hekim İmza**  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. **GEREKTİĞİNDE TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞILABİLECEĞİ** | |
| Olası acil yan etkiler gerçekleştiğinde sorumlu hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından acil müdahaleler gerçekleştirilecektir. | |
| 1. **ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ** | |
| Alternatif tedavi yöntemi yoktur. | |
| 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. | |
| **MAKSİLLER SİNÜS CERRAHİSİ 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** |  |  |  | | **Tanıklıkeden** |  |  |  |   \*Hasta 18 yaşından küçük, bilinci kapalı,yapılacak işlemi anlayabilecek durumda değil yada imza yetkisi yoksa onay vekili tarafından verilir. | |