|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi****Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi****Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı** **Kist Tümör Ameliyatı** **Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.31 |
| Yayın Tarihi | 27.02.2023 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No. | 00 |
| Sayfa No. | 1/3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HASTANIN ADI 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** |
| Kist/Tümör Eksizyonu; Daha önce biyopsi alınarak veya alınmadan röntgenler ve klinik muayene sonucu kist/tümör teşhisi konulmuş dokuların uzaklaştırılması işlemidir. Boyutuna göre lokal anestezi, genel anestezi veya sedasyonla yapılabilir. Bu operasyon sırasında ve sonrasında kanama, şişlik, lezyonun bulunduğu bölgede sinirle komşuluk durumuna göre hissizlik gibi şikayetler, ilgili bölgede kemik ve yumuşak doku defektleri oluşabilir. Lezyonun bulunduğu bölgeden çıkartılmaması ilerleyen zamanlarda enfeksiyon, yüz bölgesinde estetik deformasyonlar, çene kırıkları, nüks (tekrar etmesi) ve hayatı tehdit edecek boyutlara ulaşan sonuçlar doğurabilir. |
| **İŞLEM KİM TARAFINDAN YAPILACAK** |
| İşleminiz bölümümüz Öğretim Üyeleri veya Araştırma Görevlileri tarafından yapılacaktır. |
| **İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR** |
| İşlem sonrası kistik veya tümöral dokunun tamamen uzaklaştırılması amaçlanmaktadır. Postoperatif dönemde bölgenin kemik ve yumuşak doku ile tekrar kendiliğinden rehabilitasyonu beklenmektedir. Büyük kistik ya da tümöral oluşumlarda istisnai olarak ek işlemler gerekebilir. Fasiyal estetiğin patoloji öncesi dönemdeki haline gelmesi amaçlanmaktadır. Çevre dokularda oluşan yumuşak ve sert doku yıkımlarının fizyolojik olarak rehabilitasyonu beklenmektedir. |
| **İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR** |
| Lezyonun bulunduğu bölgeden çıkartılmaması ilerleyen zamanlarda enfeksiyon, yüz bölgesinde estetik deformasyonlar, çene kırıkları, nüks (tekrar etmesi) ve hayatı tehdit edecek boyutlara ulaşan sonuçlar doğurabilir. |
| **VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ** |
| Herhangi bir alternatif tedavi yöntemi bulunmamaktadır. |
| **İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI** |
| Bu operasyon sırasında ve sonrasında kanama, şişlik, lezyonun bulunduğu bölgede sinirle komşuluk durumuna göre hissizlik gibi şikayetler, ilgili bölgede kemik ve yumuşak doku defektleri oluşabilir. |
| **İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ** |
| İşlem tahmini olarak 30 dk. ile 60 dk. arasında bir süre içerisinde tamamlanmaktadır. |
| **KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ** |
| 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 müdahale 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** |
| İşlem sonrası dönemde; 1- Reçete edilen ilaçların düzenli kullanımı gerekmektedir. 2- Operasyon sahası temiz tutulmalı, bölge travmatize edilmemeli ve operasyon alanını görülmeye çalışılmamalıdır. 3- Postoperatif dönemde oral hijyene özen gösterilmeli ve diş fırçalama alışkanlığına rutin şekilde devam edilmelidir. 4- İşlem sonrası ilk birkaç gün çok sıcak gıda tüketilmemelidir. |
| **Hasta İmza Hekim İmza** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi****Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi****Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı** **Kist Tümör Ameliyatı** **Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.31 |
| Yayın Tarihi | 27.02.2023 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No. | 00 |
| Sayfa No. | 2/3 |

|  |
| --- |
| 5- Sigara kullanımı söz konusu ise, sigara kullanımına bir hafta ara verilmelidir. 6- işlem sonrası bir hafta tanecikli gıdaların tüketilmesinden kaçınılmalıdır. |
| **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.trTelefon: +090 242 510 61 40 Mail: dishastane@alanya.edu.tr |
| **YAPILACAK TEDAVİ /İLGİLİ DİŞ** |
| **TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ** **PLANLANAN TEDAVİ** 55 54 53 52 51 61 62 63 64 6518 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 2848 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 komplikasyonlarve 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 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. |
| **Hasta İmza Hekim İmza** |
| **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: .../ .../...- .....** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi****Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi****Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı** **Kist Tümör Ameliyatı** **Bilgilendirilmiş Hasta Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.31 |
| Yayın Tarihi | 27.02.2023 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No. | 00 |
| Sayfa No. | 3/3 |