|  |  |
| --- | --- |
| **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** | |
| Protez yapımı gerekli olan hastalarda yumuşak dokular ve kemikte düzensizlikler varsa sağlıklı bir protez yapımına engel teşkil eder. Pre-protetik cerrahi uygulamaları ile protez öncesi bu dokular ideal boyutlarına ve sağlıklarına kavuşturulur. Lokal anestezi ile yumuşak dokulardaki fazlalıkların kesilip çıkarılması, greftleme, kemik düzeltme, implant bu işlemler arasında yer alır. Lokal anestezi ve rutin cerrahi işlem komplikasyonları gelişebilir. Tedavi yapılmaması durumunda size uygun ve sağlıklı bir protez işlemi yapılamayacaktır**.** | |
| 1. **İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR** | |
| - Daha nizami bir protetik tedavi amaçlanmaktadır.  - Daha estetik bir protez görünümü amaçlanmaktadır.  - Daha fonksiyonel bir protetik tedavi amaçlanmaktadır. | |
| 1. **İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI** | |
| • Şişme, kızarma, ağrı, acı, ağız köşelerinde gerilmeye bağlı kızarıklık ve çatlama,  • Bölgenin lokal enfeksiyonu ve bir haftadan fazla süren ağrılar. Bu durumda hekiminiz gereken pansumanlarla olaya müdahale edecektir.• Enfeksiyon gelişmesi ve yaranın geç iyileşmesi  • **Trismus:** İltihap veya şişmeye bağlı olarak ağız açmada kısıtlılıktır.  • **Kanama:** Şiddetli kanama sık değildir. Fakat sızıntı şeklinde kanama birkaç saat, nadiren bir iki gün devam edebilir. | |
| 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** | |
| Sonrası dönemde;   1. Reçete edilen ilaçların düzenli kullanımı gerekmektedir.   **Hasta İmza Hekim İmza**  2- Operasyon sahası temiz tutulmalı, bölge travmatize edilmemeli ve operasyon alanını görmeye çalışılmamalı,  3- Postoperatif dönemde oral hijyene özen gösterilmeli ve diş fırçalama alışkanlığına rutin şekilde devam edilmeli,  4- İşlem sonrası ilk birkaç gün çok sıcak ve baharatlı gıda tüketilmemeli,  5- Sigara kullanımı söz konusu ise, sigara kullanımına bir hafta ara verilmeli,  6- İşlem sonrası bir hafta tanecikli gıdaların tüketilmesinden kaçılmalı. | |
| **PROTEZ ÖNCESİ CERRAHİ UYGULAMALAR İÇİN BİLGİLENDİRME 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. | |