|  |  |
| --- | --- |
| **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. |
| **2)TANI VE İŞLEM** |
| Greftleme; Kelime anlamıyla eksik dokuyu telafi etmek/tamamlamaktır. Yaşa bağlı oluşan kemik erimesi ya da başka sebeplerle çenelerde kemik kaybı olması durumunda, bu bölgelere protez yapılabilmesi ya da implant uygulanabilmesi için ya da implant uygulaması esnasında bölgeye greftleme işlemi yapılması gerekebilir. Kemik dokulara greftleme işlemi için alternatifler mevcuttur. Hastanın uygun bir bölgesinden kendi kemiği alınıp bölgeye yerleştirilebilir. İdeal greft, hastanın kendisinden alınan greft olsa da insan veya hayvan kaynaklı kemik ya da sentetik olarak imal edilip çeşitli sterilizasyon yöntemlerine tabi tutulan doku dostu materyaller de tercih edilebilir. Kemik greftleme işleminde birtakım komplikasyonlar mevcuttur. Bunlar: Greftin rezorpsiyonu (erime), enfeksiyon, ağrı, şişlik, nekroz (doku ölümü)dur. Hastanın kendisinden alınan kemik grefti sonrası, doku alınan bölgede rutin cerrahi komplikasyonlar gelişebilir. Yumuşak dokulara uygulanan cerrahi işlem sonrası dokulardaki kayıpları telafi etmek, gerginliği azaltmak veya dokuları proteze uygun hale getirmek için hastanın uygun bir bölgesinden ilgili yumuşak dokuyla uyumlu parça alınıp dikişle ve sıkı tamponla sabitlenir. Verici sahada kanama, ağrı, hassasiyet, enfeksiyon alıcı sahada ise ağrı, şişlik, kanama, enfeksiyon, greftin tutmaması, greftte büzülme, kıllanma (deri greftlerinde) oluşabilecek komplikasyonlar dahilindedir. |
| **3) İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR** |
| • Daha sağlıklı bir çene kemiği ve diş eti dokusu, • Daha fonksiyonel bir protetik restorasyon,• Daha nizami bir implant tedavisi, • Daha estetik bir diş eti konturu görünümü sağlar. **Hasta İmza Hekim İmza** |
| **4) İŞLEMİN OLASI RİSK VE KOMPLİKASYONLARI** |
| • Kullanılan anestetik maddeye bağlı alerjik reaksiyon gelişebilir. • Diş eti, dil, yanak ve dudakta yaralanma olabilir. • Enfeksiyon gelişebilir.• İşlem yerinde kanama, ağrı, şişlik ve ağız açmada kısıtlılık olabilir. • Ağız içi veya dışında morarma olabilir.• Uygulanan greftin başarısı garanti edilemez. Tutmaması mümkündür. Greft sizin vücudunuzdan (çene veya kalça kemiği gibi) elde edilebileceği gibi satın alınarak da uygulanabilir. Bu satın alınan maddeler kadavradan veya hayvandan elde edilmiş olabilir. Greftin yanı sıra titanyum vida, titanyum plak ve membran (grefti örtmek için zara benzer bir doku) kullanmak gerekebilir. • Greftleme işleminde fazladan maliyet getirebilir. Operasyon sırasında hekim, önceden anlaşılan greft miktarını yetersiz bulursa greft miktarını artırabilir. Bu size ekstra maliyet olarak yansıyacaktır. • Üst çenede yapılan greftleme işlemlerinde sinüs boşluğuna girmek gerekebilir. Bunun sonucunda burun kanaması oluşabilir veya ilerleyen günlerde sinüzit gelişebilir. Greftin alınması veya uygulanması sırasında sinir hasarı oluşabilir. Bu risk özellikle alt çenede daha fazladır. |
| **5)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.  |
| **6) HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN 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 bilgilendirileceksinizTarafıma 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. |