|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı**  **Gömülü Diş Çekimi Hasta Bilgilendirilme ve** **Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.01 |
| Yayın Tarihi | 20.02.2023 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No. | 00 |
| Sayfa No. | 1/4 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HASTANIN 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 SOYADI** |  |
| **TARİH** |  |
| **İŞLEM HAKKINDA GENEL BİLGİ** | | |
| Yumuşak ya da kemik dokuya kısmen ya da tamamen gömülü dişler (ör. 20 yaş dişi) sık enfekte olup zamanla ciddi sistemik rahatsızlıklara sebep olabileceği gibi lokal olarak komşu diş, yumuşak doku, kemik dokuda patolojilere sebep olabileceği için çekim gerektirebilir. Bu işlem için lokal anestezi altında yumuşak dokuya küçük bir kesi ile küçük bir miktar kemik doku kaldırılarak diş çıkarılır. Bu şekilde çıkmayan dişlerin bölünmesi gerekebilir. Diş çıkarıldıktan sonra enfekte olsa da olmasa da folikülü (büyüme kesesi) uzaklaştırılır. Bölge bol serumla yıkanır, dikiş atılır, tampon konulur. Atılan dikiş bir hafta sonra alınmalıdır. Bu bir haftalık süreçte hastaya birtakım ilaçlar kullandırılır (antibiyotik+gargara=enfeksiyonu kontrol altına almak ve yarayı temiz tutmak için, Analjezik= ağrıyı kontrol altına almak için). Gömülü dişlerin çekimi sonrasında eğer diş altından geçen damar-sinir paketi ile yakından alakalı ise dudaklarda ve /veya dilde geçici ya da kalıcı his kayıpları meydana gelebilir. Bu durumun klasik radyografi yöntemleri ile önceden görülebilmesi ve tahmin edilebilmesi mümkün olmayabilir. Şüphelenilen durumda doktorunuz sizden bilgisayarlı tomografi çekilmesini isteyebilir. | | |
| **İŞLEM KİM TARAFINDAN YAPILACAK** | | |
| İşleminiz bölümümüz öğretim üyeleri, araştırma görevlileri veya uzman hekimler gözetiminde stajyer hekimler tarafından yapılacaktır. | | |
| **İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALAR** | | |
| Gömülü diş çekimi operasyonu postoperatif dönemde, hastanın operasyon öncesi çekimi yapılacak diş ile ilişkili şikayetlerini ortadan kaldırmaktadır. Gömülü diş çekimi postoperatif dönemde; ağrı, enfeksiyon, kist ve tümör oluşumu, çene kırığı riski, gömülü dişin uyguladığı fizyolojik kuvvet sonucu anterior dişlerdeki çapraşıklık, sebebi bilinmeyen ağrıların eliminasyonu, komşu dişlerde kök rezorbsiyonu ve komşu dişlerde çürük gelişimi gibi riskleri en aza indirmektedir. İşlem sonrası ilgili bölgede daha sağlıklı dental ve periodontal doku durumu gözlenmektedir. | | |
| **İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR** | | |
| İşlem uygulanmaması durumunda mevcut hasta şikayetleri ve patolojiler, zaman içerisinde daha sık ve daha şiddetli bir şekilde tekrarlama eğilimindedir. Çekim endikasyonu oluşturan kistik ya da tümöral bir patoloji varlığında, kist veya tümör dokusu daha da büyümekte ve zaman içerisinde daha radikal tedavilere ihtiyaç duymaktadır. Komşu dişlerde gözlenen problemlere bağlı bir endikasyon mevcut ise (komşu dişte çürük, komşu dişte kök rezorbsiyonu, komşu dişte çapraşıklık ve gömüklük vs.) komşu dişlerdeki dental patolojilerin şiddeti artmakta ve ilerleyen süreçte diş kaybı gözlenebilmektedir. Ağrı, şişlik ve trismus gibi lokal şikayetlerde benzer şekilde diş çekimi gerçekleşmeden ortadan kaybolmamaktadır. Enfeksiyon kontrolü açısından diş çekimi gerçekleşmezse hastaların sık periyotlarda antibiyoterapi almaları gerekmektedir. | | |
| **VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ** | | |
| Gömülü diş çekimi endikasyonu konulan ve çekim gerektiren dişlerde, diş çekimi haricinde herhangi bir alternatif tedavi yöntemi bulunmamaktadır | | |
| **İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI** | | |
| Gömülü diş çekimi sonrası en sık karşılaşılan durum postoperatif ağrı, şişlik ve trismustur. Ağrı yönetimi genellikle postoperatif dönemde reçete edilen non-steroidal antienflamatuar ajanlar ile kontrol altına alınabilmektedir. Meydana gelen şişlik vücudun doğal bir fizyolojik tepkisi olarak görülmekte ve şişlik genellikle postoperatif 2. gün maksimum seviyede gözlenmekte, devam eden süreçte azalarak ortadan kalkmaktadır. | | |
| **Hasta İmza Hekim İmza** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı**  **Gömülü Diş Çekimi Hasta Bilgilendirme ve Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.01 |
| Yayın Tarihi | 20.02.2023 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No. | 00 |
| Sayfa No. | 2/4 |

|  |
| --- |
| Şişlik ve lokal cerrahi travmaya bağlı gözlenen trismus benzer şekilde postoperatif bir hafta içerisinde kendiliğinden sonlanmaktadır. Oral hijyenin yetersiz olduğu hastalarda postoperatif dönemde alveolit (çekim soketini enfeksiyonu) geliştiği gözlenebilmektedir. Bu durum hastanın sigara kullanımı ve yetersiz postoperatif bakımı ile doğrudan ilişkilidir. Sigara kullanımı ve yetersiz postoperatif bakım ile doğrudan ilişkilidir. Antiseptik ağız gargarası kullanımı, yeterli oral hijyen ve eğer var ise sigara kullanımına bir hafta ara verilmesi, bu komplikasyonun gelişmesini önlemektedir. Önemli bir husus olarak çekimi gereken gömülü dişin, mandibular dişler ve alt dudak kenarını innerve eden ve duyusunu alan inferior alveolar sinir ile komşuluğu ve fiziksel bir teması söz konusu ise, çekim sonrası dönemde parestezi (uyuşukluk) gözlenme ihtimal mevcuttur. Bu ihtimal gömülü dişin pozisyonu, sinirin mandibular kanal içerisindeki seyri, hastanın yaşı ve hastanın fizyolojik yanıtı ile yakından ilişkilidir. Düşük bir ihtimalle meydana gelebilecek bu parestezi, genellikle birkaç hafta içerisinde kendiliğinden ortadan kalkmaktadır. Daha seyrek durumlarda bu parestezinin daha uzun süre gözlendiği ve çok nadir durumlarda ise kalıcı bir parestezi durumunun oluştuğu bilinmektedir. Genel olarak sık karşılaşılan durumlar aşağıdaki gibidir;  • Çekim sahasında şişme, kızarma, ağrı, acı, ağız köşelerinde gerilmeye bağlı kızarıklık ve çatlama olabilir. • Çekim sonrasında bölgenin yerel bir enfeksiyonu olan ve alveolit denilen bir durum gerçekleşebilir ve birkaç gün süren ağrılara sebebiyet verebilir. Bu durumda hekiminiz gereken pansumanlarla olaya müdahale edecektir. • Enfeksiyon gelişebilir ve yara geç iyileşebilir, • Çekilen dişin yanındaki dişlerdeki dolgu veya protezler zarar görebilir veya kullanılmaz hale gelebilir. • **Trismus:** İltihap veya şişmeye bağlı olarak ağız açmada kısıtlılıktır. • **Kanama:** Şiddetli kanama sık değildir. Fakat sızıntı şeklinde kanama birkaç saat, nadiren bir gün devam edebilir. • **Kök parçalarının tam çıkarılmaması:** Sinüsler veya sinirler gibi önemli oluşumlara zarar vermemek için bazen küçük kök parçaları bırakılabilir. • **Sinüs ilişkisi:** Üst çene arka dişlerin kökleri sinüslere çok yakındır ve bazı durumlarda kök parçaları sinüse kaçabilir veya sinüsler ile ağız arasında bir açıklık oluşabilir. Bu durumlarla özel ilgilenilmesi gerekir. • **Çene kırıkları veya çene ekleminin çıkması:** Çok nadir olmakla birlikte zor çekimlerde ve derin gömülü diş çekimlerinde oluşması mümkündür. • **Lingual sinir hasarı:** Dilde tat ve his duyusunu alan sinirin hasarı sonucu parestezi gözlenmesidir. (çok nadir görülür). • Çekilen dişin veya dişin bir kısmının mideye kaçabilir (çok nadir olmakla birlikte). • Çekilen dişin veya bir kısmının trakea (nefes borusu) veya akciğerlere kaçabilir (çok nadir olmakla birlikte). |
| **İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ** |
| 15 dk ile 60 dk arasında bir süre içerisinde tamamlanmaktadır. |
| **KULLANILACAK İLAÇLARIN ÖNEMLİ ÖZELLİKLERİ** |
| Lokal Anestezi; 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), subcutan amfizem (yüzede şişlik), hematom (yüzde kızarma, morarma) 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 maddeye alerjisi olup olmadığını (Penisilin alerjisi vb.) tedaviye başlamadan önce veya hekim reçete yazacağı zaman söylemesi gerekmektedir. |
| **HASTANIN SAĞLIĞI İÇİN KRİTİK OLAN YAŞAM TARZI ÖNERİLERİ** |
| Çekim 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. |
| **Hasta İmza Hekim İmza** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı**  **Gömülü Diş Çekimi Hasta Bilgilendirme ve Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.01 |
| Yayın Tarihi | 20.02.2023 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No. | 00 |
| Sayfa No. | 3/4 |

|  |
| --- |
| 4- Çekim sonrası ilk birkaç gün çok sıcak gıda tüketilmemelidir. 5- Sigara kullanımı söz konusu ise, sigara kullanımına bir hafta ara verilmelidir. 6- Çekim 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.tr  Telefon: +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 65  18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28  48 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 komplikasyonlar  ve 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). |
| **Hasta İmza Hekim İmza** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**  **Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı**  **Gömülü Diş Çekimi Hasta Bilgilendirme ve Rıza Belgesi** | Doküman No. | HHD.RB.01 |
| Yayın Tarihi | 20.02.2023 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No. | 00 |
| Sayfa No. | 4/4 |

|  |
| --- |
| Tedavim esnasında pandemik hastalık bulaşma riski ile karşılaşabileceğim konusunda bilgilendirildim ve riski kabul ediyorum.  **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: .../ .../... .....** |