|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Adı/Soyadı: Tarih / Saat TC kimlik No: ../../…… … : …  Doğum Tarihi: Adres: Tel:

|  |  |
| --- | --- |
| **TEDAVİ UYGULANACAK DİŞ** |  |
|  |  |  | 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 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |  |  |  |

 **TEŞHİS/PLANLANAN/ONAYLANAN TEDAVİ****UYGULANACAK CERRAHİ TEDAVİ*** **Lokal Anestezi**

Tedaviler esnasında ağrı kontrolünü sağlamak için lokal anestezi uygulanmaktadır. Gerekli durumlarda öncelikle sprey şeklinde topikal anestezik madde ile dişeti veya yanağın iç kısmı uyuşturulur. *Anestezinden Beklenenler*: Enjektör ile anestezik madde enjekte edilerek diş ve bulunduğu bölge bir süreliğine hissizleştirilir. Yaklaşık 2-4 saat sonrası anesteziğin etkisi ortadan kalkacaktır. *Anestezi Yapılmazsa*: Lokal anestezi uygulanmadığı takdirde işlemler çok ağrılı olacağından yapılamaz veya daha komplike bir işlem olan sedasyon altında yapılabilir. *Olası Riskler*: Lokal anestezi uygulamasını takiben nadir de olsa hastada alerjik reaksiyonlar, his kaybı, kanama, geçici kas spazmları, geçici yüz felci görülebilmektedir. Bölgede anatomik farklılıklar veya akut enfeksiyonlar varsa anestezi başarısız olabilir. *Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler*: Lokal anestezi uygulanan bölge yaklaşık 2-4 saat boyunca hissiz olacaktır. Bu nedenle ısırmaya bağlı yanak içi ve dudakta yara oluşmaması için hissizlik geçene kadar yeme içme önerilmemektedir.* **Diş Çekimi / Komplikasyonlu Diş Çekimi**

Tedavisi mümkün olmayan enfekte dişlerin veya yanlış pozisyonda sürmüş, ark dışı, fonksiyonel olmayan, fonksiyonları olumsuz etkileyen dişlerin ortodontik amaçla çekilmesi gerekebilir. *Tedaviden Beklenenler*: Bölge lokal anestezi ile uyuşturulduktan sonra diş/kök çekilir ve kanamayı kontrol altına almak için gazlı bezle tampon uygulanır. Gazlı bezin ısırılması ile genellikle kanama durur. Çekim sonrası enfeksiyon ortadan kalktığı için çekim bölgesi bir- iki hafta içerisinde iyileşir. *Tedavi yapılmazsa*: Diş çekimi gereken bir dişin çekiminin yapılmaması sonucu bu dişler ağrı, şişlik hatta çenelerde kemik kayıplarına yol açabilmekte, çekimi yapılmayan enfekte süt dişleri/kök artıkları, alttan gelen daimî dişlere de zarar verebilmektedir. *Olası Riskler*: İşlem sonrasında nadir olarak ağrı veya şişlik oluşabilir. Çekim sonrasında “alveolit” olarak adlandırılan, çekim bölgesinde lokal enfeksiyon gelişebilir. Bu durum birkaç gün süren ağrılara neden olabilir. Bu durumda pansumanlar yapılarak olaya müdahale edilecektir. Dişin çekilmesi ile enfeksiyon kaynağı olan diş/kök tamamen vücuttan uzaklaştırılmış olur. Bununla birlikte diş kaybı istenmeyen bir durumdur. Bu nedenle dişlerin dolgu veya kanal tedavisi ile tedavi edilip edilemeyeceği mutlaka değerlendirilmelidir. *Tedavi Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler*: Hasta çekim 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, pipet kullanmamalıdır. Ağır efor sarf etmeyi gerektiren etkinliklerden uzak durmalı, gerekirse gece yarı oturur pozisyonda yatmalıdır. İşlem bölgesine dışarıdan buz kompresi ile soğuk uygulaması yapılabilir. Hekimin belirttiği süre boyunca sıcak ve taneli besinler tüketilmemelidir. Yara bölgesinin temizliğine özen gösterilmelidir. Çekim bölgesine dikiş atıldıysa hekimin belirttiği süre zarfında dikişler alınmalıdır. Çekim bölgesinde geçmeyen veya gittikçe şiddetlenen ağrı mevcutsa derhal hekiminize başvurmanız gerekir.**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU****1.** İlgili doktordan konulan tıbbi teşhis ve mevcut durumla ilgili detaylı bilgi aldım ve bu durumu anladım.**2.** Doktorlar uygulanacak olan cerrahi işlem ile ilgili yararları anlattılar ve anlatılan işlemin yararlarını anladım.**3.** Doktorlarım tarafından anlatılan ameliyata ilişkin risklerin tamamını dinledim ve anladım.**4.** Tıbbi durumum, tedavi ve riskleri ile alternatif tedaviler hakkındaki sorularımı doktorumla tartıştım, sorularım ve düşüncelerime tatmin olduğum cevaplar aldım.**5.** Cerrahinin gerekliliklerini tam olarak yerine getirebilmek için ameliyat öncesindeki bulguların yanında ve daha önemli olarak ameliyattaki bulgulara dayanılarak ameliyat öncesi yazılı ve sözlü olarak anlatılandan daha geniş cerrahi girişim yapılma zorunluluğu oluşabileceği ve bende daha fazla sekel kalabileceği belirtildi.**6.** Ameliyat esnasında gerektiğinde kan verilmesini kabul ediyorum.**7.** Ameliyat sırasında organ ve dokuların çıkarılabileceği, bunların analiz amaçlı bir süre saklanacağı ve sonrasında hastane tarafından atılacağı konusunda bilgilendirildim.**8.** Ameliyat sırasında hayati tehdit edici olaylar gelişebileceği konusunda doktorum tarafından bilgilendirildim.**9.** Ameliyat sırasında fotoğraf ve video görüntülerinin alınabileceği ve bunların daha sonra sağlık çalışanlarının eğitiminde kullanılabileceğini biliyorum.**10.** Ameliyatın durumunun daha iyiye ya da daha kötüye götürebileceğine dair hiçbir garantinin olmadığını anladım.**11.** Ameliyat sırasında veya sonrasında ya da anestezi sırasında önceden bilinemeyen durumların ortaya çıkması halinde yukarıda anlatılanların dışında işlemlerin gerekebileceğini anladım. Bu durumda yukarıda adı geçen doktor ve asistanlarının gerekebilecek uygulamalara karar vermeleri ve yapmalarını ve ayrıca onların uygun göreceği ilgili dallardaki uzmanların cerrahi girişime katılmalarını onaylıyorum.Yukarıdaki bilgilerin hepsini okudum ve bu bilgilerden başka birçok sözlü bilgi verildi.TARAFIMA YAPILAN SÖZLÜ VE YAZILI AÇIKLAMALARDAN TATMİN OLDUĞUMU BELİRTİRİM. YAPILACAK OLAN TEDAVİ VEYAAMELİYATA, DAHA SONRA ÇIKABİLECEK DURUMLARDA YAPILACAK TÜM TEDAVİLERE, YUKARIDA LİSTENENEN MADDELERE VE AYNI ZAMANDA BANA YAPILAN SÖZLÜ ve YAZILI AÇIKLAMALARA KENDİMDE OLARAK VE İRADEMLE ONAY VERİYORUM VE BEN BU TEDAVİYİ İSTİYORUM.LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA “Bu Onam Formunu, Okudum, Anladım ve Onaylıyorum” YAZARAK İMZALAYINIZ.**Hastanın Adı Soyadı: İmza:**

|  |  |
| --- | --- |
| HAZIRLAYAN...../....../.........Adı Soyadı/Unvanı  İmza | ONAYLAYAN...../....../.........Adı Soyadı/Unvanı İmza |

 |