|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Görüşme yaptığım Dr……………………………… aşağıda ayrıntılarıyla belirtilen tıbbi duruma sahip olduğumu söyleyerek, mevcut durumuma ilişkin sözlü ve yazılı açıklamalarda bulundu: **Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi**Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda size genel anestezi altında dental implant cerrahisi gerektiği kararına varılmıştır. Hekiminiz cerrahi girişim öncesinde size bu girişimin olası seyri, değişik şekilleri ve riskleri ile ilgili ayrıntılı bilgi verecek, bunun sonucunda cerrahi girişimin yapılması konusunda serbest iradeniz ile karar verebileceksiniz. Bu yazılı form size yapılacak cerrahi girişim, bu girişime yönelik komplikasyonlar (girişim sırasında ve sonrasında gelişebilecek olumsuz durumlar) ve alternatif tedavi yöntemler hakkında size temel bilgileri açıklamak amacıyla hazırlanmış bir bilgilendirilmiş onam formudur.**Genel Bilgiler****İmplant Nedir?**Dental implantlar çağdaş diş hekimliğinin bir uygulamasıdır. Günümüzde kök formuna benzer titanyumdan yapılmış implantlar çene kemiklerine yerleştirilmekte ve kaybedilen dişlerin yerleri tamamlanmak üzere protezler planlanmaktadır. İmplant tedavisine ait başarılar uzun dönem takipli bilimsel çalışmalarla ortaya konmuştur. Buna göre, atravmatik cerrahi işlem ile yerleştirilen yeterli sayı, çap ve boya sahip implantlar, yeterli bir iyileşme süresi sonrasında uygun şartlara göre dizayn edilen bir protezi 10 yıllık bir sürede %99 gibi yüksek bir başarı ile taşırlar. Bu oran diş hekimliğinin diğer tedavileri ile kıyaslandığında oldukça yüksek ve güven vericidir. Ancak, bu başarı yukarıda kısaca değinilen yeterlilik kriterlerine uyulması halinde gerçekleşir.**İmplant Tedavisi**İmplantlar çene kemiği içerisine cerrahi olarak yerleştirilir. İmplant yerleştirilecek bölgede önce yumuşak doku üzerinde bir kesi yapılır. Kemik açığa çıkarılarak özel uçlarla implant yuvası hazırlanır. Daha sonra implant çivisi çene kemiğinde açılan bu yuvaya yerleştirilir, dişeti dikişlerle kapatılır. Genellikle 2–4 ay veya gerekli olduğu takdirde daha uzun süre iyileşmeye bırakılır. İyileşme döneminden sonra ikinci bir cerrahi işlem ile implantın üzeri açılır ve proteze destek olacak parçalar takılır. Bir sonraki aşama ise protez yapımıdır.Dental implant tedavisi uygulanacak olan hastaların diyabet, hipertansiyon gibi genel sağlık yönünden çeşitli hastalıklarının olduğu durumlarda, cerrahi işlem öncesinde bir takım tetkik, tahlil ve konunun uzmanı hekimlerden görüş istenebilir.Cerrahi işlem yapılmasında herhangi tıbbi sakınca bulunmayan hastalar, dental implant tedavisi öncesinde Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Bölümü’nde ve Protetik Diş Tedavisi Bölümü’nde görevli öğretim üyeleri, uzmanlar ve asistanlar tarafından muayene edilerek uygun olan tedavi planlaması yapılacaktır. Bu planlama esnasında gerekli görüldüğü durumlarda ileri görüntüleme tekniklerinden (Dental CT, MRI) faydalanılabilinir. Ayrıca bu planlama sonrasında hekiminiz, dental implant yerleştirilmesi öncesinde, hali hazırdaki dişlerinizle ilgili başka tedavilerin (Kanal tedavisi, dolgu, diş taşı temizliği) yapılmasını isteyebilir. Yapılan cerrahi planlamaya bağlı olarak dişsiz bölgelere yerleştirilmek üzere gerekli olan dental implant sayısı hekimlerinizce belirlenecektir. Dental implantı çevreleyecek kemik hacminin ve kalitesinin yetersiz olduğu görülen vakalarda cerrahi işlem esnasında ileri cerrahi teknikler (sinüs tabanı yükseltilmesi, kemik genişletilmesi ve yükseltilmesi) hekiminiz tarafından uygulanabilir. Bu amaçla otojen ya da sentetik kemik greftleri, bağ dokusu membranları operasyon esnasında, dental implantlara ek olarak kullanılabilir.Ancak ilk planlamada belirlenen dental implant sayısı, cerrahi işlem esnasında kemiğin durumunu değerlendiren hekiminiz tarafından, gerekli görüldüğü durumlarda artırılabilir ya da azaltılabilir, kemik grefti kullanımı gündeme gelebilir. Bu konu ile ilgili hekiminiz size cerrahi öncesinde ve esnasında bilgi verecektir.Dental implant cerrahisi esnasında kullanılan dental implantlar, implant üstü protetik malzemeler ve olası diğer ek cerrahi malzemeler ( sentetik kemik greftleri, bağ dokusu membranları) çeşitli özel dental implant ve medikal firmalarından, hasta tarafından satın alınacaktır. Firmalar ve hasta arasındaki tahsilat veya faturalama ile ilgili doğabilecek olası hukuki anlaşmazlıklardan, uygulama yapan hekim ve Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, kurum olarak sorumlu değildir.**Olası cerrahi problemler:**Cerrahi işlem öncesinde yapılacak olan anesteziye bağlı alerjik ve toksik reaksiyonlar, geçici yüz felci gibi istenmeyen durumlar; dental implant yerleştirilmesi sonrasında ise ağrı, şişlik, morarma, kanama geçici ağız açma kısıtlılığı, çene kırığı, implantın anatomik boşluklara kaçması, geçici ya da kalıcı uyuşukluk, implant ve ilave kemiğin kaybı veya reddedilmesi gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilinir. **Anesteziye ait riskler**Anesteziye ilişkin herhangi bir soru işaretiniz varsa bunları anestezist ile görüşün.**Bu riskler şunlardır:****1.** İntübasyon zorluğu ve trakeostomi gerekliliği: Anestezi için ağızdan nefes borusuna yerleştirilmesi gereken tüp yerleştirilemezse zorunlu olarak boğazın ön kısmından yapılan kesi ile bu tüpün yerleştirilmesi(trakeostomi) gerekebilir. Bu tüpün ameliyattan sonra da bir süre kalması gerekebilir ve bu tüp ile ilgili bazı sorunlar zamanla gelişebilir. **2.** Bazı akciğer alanları sönebilir ve buralarda enfeksiyon (mikrobik hastalıklar) oluşabilir. Bu durumda antibiyotikler ve fizyoterapi gerekebilir.**3.** Bacaklarda ağrı ve şişmeye neden olan pıhtılar oluşabilir (derin ven trombozu- derin toplar damarın pıhtı ile tıkanması-DVT). Nadiren bu pıhtılardan bir kısmı koparak akciğerlerinize ve başka organlara gidebilir ve bu ölümcül olabilir.**4.** Kalbe binen yük nedeniyle kalp krizi veya inme meydana gelebilir.**5.** Uygulamaya bağlı olarak ölüm meydana gelebilir.**6.** Şişman insanlarda akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer komplikasyonlarının (olumsuz sonuçlar) oranı fazladır.**7.** Sigara içenlerde akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer ile ilgili komplikasyonlarının (olumsuz durum) oranı fazladır. Prosedürden 6 hafta önce sigarayı bırakmak riskin azalmasına yardımcı olabilir.**Alternatif Tedaviler**İmplant destekli protezlere alternatif tedavi seçenekleri (hareketli ve sabit protezler gibi) bulunabilir. Ancak, kaybedilmiş diş sayısı, kalan dişlerin tipi, yerleşimi ve sağlığı gibi değişken faktörler söz konusu olduğu için, her kişiye önerilecek uygun protez seçenekleri farklı olacaktır. Klasik yöntemlerle de eksik dişler telafi edilebilir. Hasta kendisine uygun seçenekler ve bu seçeneklerin avantaj ve dezavantajlarının açıklamasını diş hekiminden istemelidir.**İmplant Tedavisinin Garantisi Yoktur:** Uygulanan implantın fonksiyon ve estetik açısından tamamen başarılı olacağı konusunda herhangi bir garanti veya güven verilemez. İmplantın problemsiz bir şekilde iyileşeceği ve ağızda kalacağı umulur fakat her vakanın farklı olmasından ve dişhekimliğinin henüz sonuçları önceden kesin bilinen bir bilim olmamasından dolayı uzun dönem başarısı ile ilgili bir söz verilemez.**İmplant Kullanımında Bakım ve Takip**İmplant tedavisinin uzun dönem başarısı, ağız hijyenine büyük özen gösterilmesine ve doktorunuz tarafından hazırlanmış kişiye özel bakım programına uymanıza bağlıdır. Motivasyonunuzun tüm tedavi süresinde ve sonrasında her zaman en üst düzeyde olmasına özen göstermelisiniz. Doktorunuz tarafından planlanan belirli sürelerde mutlaka hasta bakım programınızın kontrolü için bu rutin ziyaretleri ihmal etmemelisiniz. Bu dönemler arasında ise plak kontrolünden ve ağız hijyeninden siz sorumlusunuz. Doktorunuz ile işbirliği içinde olmaya özen gösteriniz.**ONAY**Tüm bu bilgilerin ışığında:• Yapılacak bu tedavi ile hedeflenen amacın, çenemde diş kaybı sonucu oluşan problemi tedavi etmek ve çiğneme etkiliğimi arttırmak olduğunu anlamış bulunmaktayım.• Bu tedavi uygulanmadığında diş kaybı olan bölgelerde çene kemiğimin hızla eriyebileceğini ve bunun gelecek yıllarda klasik total ve parsiyel protez kullanımında tutuculuk, fonksiyon ve estetik problemleri yaratabileceğini anlamış bulunmaktayım.• İmplant tedavisinde olası cerrahi risklerin varolduğunu ve buradaki risklerin aşağıdaki maddeleri içerdiğini anlamış bulunmaktayım:• Operasyon sonrası şişlik, ağrı, kanama ve morarma• Operasyon sırasında ve sonrasında çene kırığı• İmplantın anatomik boşluklara kaçması• İlave tedavi gerektiren enfeksiyon durumu• Duyu sinirlerinin zarar görebilmesi ve bunun geçici/ kalıcı hissizlik oluşturabilmesi• İmplantın çıkartılmasını gerektiren durumlar ile karşılaşılması• İmplant tedavisi sırasında öngörülmeyen durumların ortaya çıkabileceğini ve önceden planlanmış işlemlerin genişletilmesi ve değiştirilmesi gerekebileceğini anlamış bulunmaktayım.• Ameliyat sonrası bakımın ve takibin dental implantların başarısında çok önemli olduğunu anlamış bulunmaktayım.• Sağlık geçmişim, şu andaki genel sağlık durumum, daha önce tıbbi ve dental tedavilerim sırasında yaşadığım problemler hakkında vereceğim bilgilerin önemini anlamış bulunmaktayım.• Ameliyat esnasında gerektiğinde kan verilmesini kabul ediyorum.• Ameliyat sırasında hayati tehdit edici olaylar gelişebileceği konusunda doktorum tarafından bilgilendirildim.• Ameliyat sırasında fotoğraf ve video görüntlerinin alınabileceği ve bunların daha sonra sağlık çalışanlarının eğitiminde kullanılabileceğini biliyorum.• Ameliyatın durumunun daha iyiye yada daha kötüye götürebileceğine dair hiçbir garantinin olmadığını anladım.• 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.• Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) ilgili tedavilere yönelik olarak yayınladığı Uygulama Tebliği konusunda bilgilendirildim. Bu tedavinin cerrahi ve protetik aşamaları sırasında kullanılacak malzemeye yönelik olarak SGK’nın ödeme yapmadığı kalemlere ilişkin faturaların tarafımca ödenmesi gerektiği konusunda bilgilendirildim. Tedavim sırasında önceden kestirilemeyen değişiklikler nedeniyle kullanılması gerekebilecek ek giderlerin tarafımca karşılanması gerektiği konusunda bilgilendirildim.İmplant cerrahisi ve bağlı komplikasyonlar hakkındaki yukarıda yazılı bilgileri okuduğumu, dişhekimime genel sağlık durumum ve kullandığım ilaçlar hakkında bilgi verdiğimi, anlayamadığım hususları doktoruma danıştığımı ve doktorum tarafından uygulanacak tedavi ve komplikasyonlar konusunda aydınlatıldığımı beyan ediyor, tedaviyi durdurma ve reddetme hakkım olduğunu bilerek………………………..……………….………………………. tarafından şahsıma (velisi/vasisi bulunduğum ……………………………..…….’…) yapılacak implant tedavisini kabul edip onaylıyorum. **Adı-Soyadı : Vekil ve Yakınlık Derecesi:****T.C. Kimlik No: Tarih :****İmza** :

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

 |