|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adı/Soyadı: ../../……** **Doğum Tarihi:****Baba adı:****Adres:****Tel:**Gerçekleştirilecek operasyon:1. İlgili doktorlardan ilgili teşhis ve mevcut durumla ilgili detaylı bilgi aldım ve bu durumu anladım.
2. Doktorlar uygulanacak olan işlem ile ilgili yararları anlattılar ve anlatılan işlemin yararlarını anladım.
3. Doktorlar tarafından anlatılan aşağıda listelenmiş olan risklerin tamamını dinledim ve anladım. **Operasyon alanı ile ilgili**: işlemin yapılacağı bölge normal şartlarda ağız içinden açılacak şekilde planlanacak ancak gerekli olması halinde ağız dışı yaklaşımlara geçilebilecek kesiler buna göre değişikliğe uğratılabilecektir.

**Operasyon sırasında oluşabilecekler**: kanama, dişin veya köklerin sinüs içine yer değiştirmesi, dişin veya köklerin dil altı bölgeye yer değiştirmesi, çenelerin kırılması, komşu dişlerin hasara uğraması. **Operasyon sonrasında oluşabilecekler**: şişlik, ağrı, enfeksiyon, alt dudakta his değişikliği, alt dudakta geçici veya kalıcı his kaybı ve uyuşukluk, iğnelenme hissi, tat duyusu kaybı, operasyon bölgesi ile ilişkili diş yada dişlerin hasara uğraması yada kaybedilmesi, morarma, daha farklı cerrahi girişimleri gerektirebilecek düzeltici operasyonlara ihtiyaç duyulabilmesi, operasyon sonrası çene kırıkları, sinüs drenajı ile ilişkili tıkanıklık ve burun problemleri, ağız dışından yapılacak girişimlerde ciltte görünebilir, iz varlığı, sinirsel duyu kayıpları, cerrahi bölgenin beslenememesine bağlı yada enfeksiyona bağlı nekroz ve segmental kayıplar, konuşma ve yemek yeme fonksiyonlarında sıkıntı, kilo kaybı1. Tüm yukarıda belirtilen risklere ek olarak uygulacak olan herhangi bir işlem için verilecek genel anestezi/sedasyon/sedoanaljezi/ lokal anestezi altında; sinir yada göz hasarı, ilaç reaksiyonları, solunumun yavaşlaması yada durması, anestezinin yada sedasyonun sağlanamaması, kalp durması, daha önce kestirilemeyen riskler nedeniyle kalıcı sakatlık veya ölüm gelişebilir. Bu risklerin bilincinde olarak ek olarak gerekli görülecek her türlü işlemin yapılmasına izin veririm. Anestezi uzmanı tarafından gerekli görülecek her türlü ilacın verilmesine izin verir ve anestezi uzmanını yetkili kılarım.

 Bu vesile ile ben ………………………………………………………………………………………….. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim dalı doktorlarını işlemler sırasında gereken şekilde alınacak/çıkacak dokuların saklanması, patolojik örnek olarak kullanılması, manüple edilmesi yada analizi için gerekeni yapmak üzere yetkili kılıyorum1. Bazen işlem sırasında doktorların yaptıkları operasyona ek olarak gerektiğinde değişik medikal/cerrahi işlemleri gerçekleştirmek zorunluluğunda kalabileceğini anladım. Bu gibi durumlarda Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim dalı doktorlarını, hemşirelerini, teknisyenlerini, araştırma asistanlarını, doktora öğrencileri ve lisans öğrencilerinin teşhis ve tedavimin tüm aşamalarına katılmalarını kabul ediyorum. Bu durumun ayrıca tedavi sırasında kullanılacak olan malzeme ve materyalin teminini sağlayacak olan firmaların ve firma temsilcilerinin de iştirakini kapsadığını Gazi üniversitesinin bir eğitim kurumu olduğunu ve yapılacak tedavinin öğrencilerin eğitimlerine katkıda bulunacak şekilde faydalanılabileceğini ve tıp ve diş hekimliği öğrencilerinin operasyona katılabileceklerini kabul ediyorum.
2. Tıp ve Diş hekimliği bilimleri kesin olan bilim dalları değildir. Muhtemel başarı ile ilgili bilgilendirilmiş olmama rağmen uygulanacak işlemin sonuçlarının garanti edilebilirliği yoktur ve bu konuda kesin yargılarla söz vermek mümkün değildir. Bu durumu anlamış bulunmaktayım.

Yukarıda yazılan ve doktorlar tarafından detaylı bir şekilde anlatılan konularda tam ve detaylı olarak bilgilendirilmiş ve tamamını anlamış bulunmaktayım. Tüm bu bilgiler ışığı altında kendime uygulanacak işlemlerin tamamını anlamış bulunmaktayım. Tüm bu bilgiler ışığı altında kendime uygulanacak işlemlerin tamamını hür irademle kabul ediyor ve doktorlarımı tam yetkili kılıyorum.**Hastanın veya kanuni velisinin****Adı Soyadı:****İmza:****Görüşmeyi yapan doktorun****Adı Soyadı ve Ünvanı:****İmza:**

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

 |